T 1

91.610

ARCHIVES INTERNATIONALES

DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE

ET DE

RHINOLOGIE

MACON, PROTAT FRÈRES, IMPRIMEURS

91.610

ARCHIVES INTERNATIONALES
DE
LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE
RHINOLOGIE

Directeur : C. CHAUVEAU

Secrétaires de la Rédaction : **M. Menior, M.-J. Bloch**
Secrétaire adjoint : **A.-R. Salamo**

AVEC LA COLLABORATION DE :

MM. les Drs Bonnier, Cartaz, Chatellier, Chavasse (Val-de-Grâce), Colin, Courtade, Cuvillier, Danft, Delporte, Didsbury, Gellé, G. Gellé fils, Glover, Golescéano, Gouly, Grossard, Heckel, Helme, Herck, Koenig, Lacroix, G. Laurens, Lubet-Barbon, Malherbe, Marage, Martin, Mendel, Mounier, Potiquet, Weismann,
Bar (de Nice), Douglas Aigre (Boulogne-sur-Mer), Beausoleil (Bordeaux), Bonain (Brest), Chavanne (Lyon), Prof. Collet (Lyon), Delobel (Lille), Escat (Toulouse), Faivre (Poitiers-Luchon), Forestier (Aix-les-Bains), Frey (Montreux), De Gonsse (Luchon), Hédon (Montpellier), Hélot (Rouen), Jacquin (Reims), Jouty (Oran), Labit (Tours), Léon (Angers), Lichtwitz (Bordeaux), Massier (Nice), Menier (Figeac), Mignon (Nice), Molinié (Marseille), Panné (Nevers), Pillement (Nancy), Perretière (Lyon), Raoult (Nancy), Raugé (Challes), Ricard (Alger), Royet (Lyon), Roques (Cannes), Sargnon (Lyon), Simon (Reims), Texier (Nantes), Tourbert (Monpellier), Vaquier (Tunis), Vergniaud (Brest), Alexander (Berlin), Alexander (Vienne), Artzrouny (Tiflis), W. L. Ballenger (Chicago), Botella (Madrid), Botey (Barcelone), Brieger (Breslau), Brunetti (Venise), Bryson-Delavan (New-York), Buys (Bruxelles), Calamida (Turin), Chevallier-Jackson (Pittsburg), Prof. Citelli (Catane), Prof. Chiari (Vienne), Compaired (Madrid), Costiniu (Bucarest), Delie (Ypres), Dreyfuss (Strasbourg), Dundas-Grant (Londres), Prof. Febreri (Rome), Flatau (Berlin), Otto Freer (Chicago), Hugo Frey (Vienne), Prof. Geronzi (Rome), Prof. Gradenigo (Turin), Gomperz (Vienne), Harris (New-York), Hajek (Vienne), Prof. Haug (Munich), Prof. Paul Heymann (Berlin), Imhofer (Prague), Max Kahn (Wursbourg), Charles H. Knight (New-York), Kronenberg (Solingen), Lambert (Canada), Richard Lake (Londres), Mancioli (Rome), Mangakis (Athènes), Masini (Gênes), Prof. Massei (Naples), Melzi (Milan), Prof. Mermod (Lausanne), Prof. Ostmann (Marbourg), Prof. Okuneff (Saint-Pétersbourg), Prof. Pieniazek (Cracovie), Podwissozki (Kiew), Pugnat (Genève), Putelli (Venise), Prof. Rosenberg (Berlin), Max Scheier (Berlin), Prof. Schiffers (Liège), Prof. Schmiegelow (Copenhague), Prof. Schönemann (Berne), Prof. Schrœtter (Vienne), Sohier Bryant (New-York), Sokolowski (Varsovie), de Stella (Gand), de Stein (Moscou), Saint-Clair Thomson (Londres), Walter Wells (Washington), Wilson-Prévost (New-York), Ziem (Dantzick).

AVEC LE CONCOURS DE :

MM. les Professeurs Bouchard, Brissaud, Gaucher, Georges, Hutinel, Raymond, Sieur, Vincent, Barth, Bazy, Béclère, Broca, Chaput, Comby, Hallopeau, Huchard, Jalaguier, Le Gendre, Letulle, Marfan, Michaud, Moizard, Picqué, Ricard, Richardière, Talamon, Tapret, médecins et chirurgiens des hôpitaux, Verchère, chirurgien de Saint-Lazare.

TOME XXVII

1909

PARIS

MALOINE, éditeur, 25-27, rue de l'École-de-Médecine, 25-27.
Bureaux : 99, boulevard Saint-Germain.

Adresser toutes communications : au Dr C. CHAUVEAU,
225, Bard St-Germain — Téléphone : 726-27

TRAVAUX ORIGINAUX

I. — PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE



I

FULGURATION ET LARYNGOTOMIE DANS LE CANCER DU LARYNX[1]

Fulguration faite par le Dr Bissérié.

Par **GEORGES LAURENS**
Ancien Interne et Assistant d'oto-rhino-laryngologie
des hôpitaux de Paris.

Il n'entre pas dans le cadre de ce court travail d'apprécier la valeur de la méthode, dite de fulguration, appliquée au traitement du cancer du larynx.

Cette nouvelle et ingénieuse méthode, dont le promoteur est de Keating Hart, est assurément trop récente pour permettre de la juger quant à ses résultats éloignés, mais les résultats immédiats qui ont été présentés sont si intéressants, certains si encourageants, que certainement, après avoir excité la curiosité, ils doivent attirer et forcer l'attention du public médico-chirurgical.

Dans la chirurgie du cancer, quelle qu'en soit la forme clinique, on ne saurait, véritablement et en toute conscience, prononcer le mot de guérison que lorsqu'il n'y a jamais eu de récidive pendant le reste de la vie du malade. Voilà, légitimement et en droit strict, ce que l'on peut entendre par cure radicale d'un néoplasme et sa guérison définitive. Dans la pratique, cependant, on considère comme sauvés, des malades qui, après plusieurs années, n'ont présenté aucune repullulation de noyaux cancéreux.

Mais cette notion d'espace et de temps est bien élastique, difficile à préciser, et variable suivant les chirurgiens et leurs statistiques. En ce qui concerne ma pratique laryngée, j'ai des thyrotomisés pour cancer, vivant depuis près de dix ans ; j'ai extirpé un larynx, il y a deux ans, à un malade qui jouit de la plus belle santé. Sont-ils guéris ? Je répondrai volontiers, comme Montaigne : que sais-je ?

Quoi qu'il en soit, la chirurgie actuelle dispose de plusieurs méthodes pour le traitement des tumeurs malignes du larynx :

1. Le résumé de ce travail a été communiqué à la Société de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie de Paris, 11 décembre 1908.

la *thyrotomie*, avec excision du néoplasme, quand il est bien circonscrit ; l'*hémilaryngectomie*, quand il est bien limité encore, mais occupe tout un segment du larynx ; la *laryngectomie totale*, quand tout l'organe est rongé et dévoré par un cancer végétant ; la *trachéotomie*, enfin, quand le cas étant inopérable, il s'agit toutefois, de préserver le malade d'une asphyxie certaine.

Si les espérances que semble promettre le nouveau et dernier mode de traitement imaginé contre le cancer, se réalisaient, nous n'aurions plus à opposer à la tumeur maligne du larynx, quel qu'en soit le degré, le volume, la situation, l'étendue, qu'un seul procédé : l'ouverture de l'organe, le curetage du cancer que renferme sa cavité, suivi de la projection sur la lésion d'étincelles de haute tension et de haute fréquence.

*
* *

J'exposerai ici :

1° Les deux cas cliniques que j'ai observés, opérés par la méthode de la fulguration.

2° Les réflexions que m'ont suggérées les suites *immédiates* de ce nouveau procédé électro-chirurgical.

3° L'exposé résumé de la méthode de de Keating-Hart.

I

Observations de deux malades atteints de cancer du larynx, auxquels a été faite la laryngotomie, suivie de la fulguration.

Ces deux observations sont toutes récentes : les malades ont été opérés en novembre 1908. *Il serait donc absolument téméraire de tirer la moindre conclusion, au point de vue de la valeur thérapeutique de la fulguration appliquée au cancer du larynx.*

Je n'ai simplement en vue, et comme but, que d'exposer les deux cas cliniques que j'ai observés et les suites immédiates qu'a comportées l'étincelage laryngé.

Cliniquement, il s'agissait de deux malades atteints : l'un, d'un cancer du tiers antérieur du bord libre de la corde vocale inférieure gauche ; l'autre, d'un néoplasme affectant la totalité de la corde vocale inférieure droite, de la supérieure et de tout le pourtour de l'orifice du ventricule de Morgagni.

Chez les deux malades, le squelette n'était pas intéressé, il y avait absence de réaction ganglionnaire, mobilité des deux aryténoïdes, un état général parfait.

Le *diagnostic* a été fait *histologiquement* d'une part, et *cliniquement* par les Drs Lubet-Barbon et Luc pour l'un des deux opérés.

Opératoirement, le premier cas était justiciable d'une laryngotomie simple, suivie de l'excision de la corde vocale; le deuxième, d'une hémilaryngectomie ou d'une laryngectomie totale.

Chez les deux malades, la thyro-trachéotomie a été faite dans la même séance. Le néoplasme a été excisé dans le premier cas; dans le second, un simple curetage de l'épithélioma a été fait. L'opération a été particulièrement laborieuse chez l'un des sujets, en raison du volume du cou et du lacis veineux pré-laryngé considérable.

Le manuel opératoire de la fulguration a été le suivant : la trachéotomie faite, après avoir fendu le thyroïde, écarté ses deux valves, et cocaïnisé soigneusement l'endo-larynx, l'excision des néoplasmes a tout d'abord été pratiquée avec l'instrument tranchant; puis la fulguration a été faite selon la technique de Keating-Hart, par le Dr Bissérié, pendant trois minutes; l'étincelage électrique a été appliqué non seulement sur la surface néoplasique, mais sur les parties voisines et sur les tranches cartilagineuses.

Aucun trouble réflexe respiratoire, ni cardiaque, n'a été observé pendant la durée de l'acte opératoire qui s'est passé sans incident.

La coaptation des valves thyroïdiennes a été exécutée au moyen de la suture des muscles thyroïdiens. Enfin, pour éviter tout accident consécutif d'œdème laryngien, la canule à trachéotomie est laissée à demeure.

Voici, du reste, l'observation résumée des malades.

Observation I. — *Cancer de l'hémi-larynx droit, affectant la totalité de la corde vocale inférieure, de la supérieure et de l'orifice du ventricule de Morgagni. Thyro-trachéotomie. Fulguration par Bissérié.*

Commémoratifs. — M. G..., âgé de 50 ans environ, vient me consulter le 20 novembre 1907 pour un enrouement datant du mois de juin de la même année. Son enrouement a d'abord duré un mois, puis la voix est redevenue normale en août, septembre et octobre. Ce n'est qu'il y a trois semaines seulement que la voix s'est définitivement voilée.

A l'examen laryngoscopique, je constate la présence d'une tuméfaction de la corde vocale inférieure droite, rouge, sessile, implantée sur le bord libre, au niveau du tiers postérieur : on eût dit absolument un polype sessile, à large base ou un œdème du bord libre de la corde.

Je constatai, en outre, chez ce malade la présence d'un gros kyste pré-thyroïdien, du volume d'un petit œuf de poule, et datant d'environ 13 ans.

Je conseillai au malade un repos vocal aussi absolu que possible. Quelque temps après, je lui proposai l'ablation de sa tumeur kystique qui, peut-être, pouvait jouer un rôle dans la production de sa néoplasie, que je continuai à considérer comme de nature bénigne.

J'opérai le malade sous cocaïne et il n'y eut aucun incident post-opératoire. Ceci se passait en février 1907.

Cette intervention n'eut aucune influence sur l'évolution de sa tumeur laryngée; je conseillai quelques attouchements à l'adrénaline pure, puis, quelques cautérisations et je cessai de voir le malade au mois de juin.

A mon retour, au mois d'octobre, l'évolution de son affection laryngée s'était profondément modifiée, il persistait toujours en arrière de la corde le pseudo-polype rouge, lisse, que j'avais constaté, mais, en outre, en avant, entre le polype et la commissure, une ulcération profonde qui ne laissait aucun doute sur la nature de l'affection.

Il s'agissait nettement d'un cancer de la corde vocale.

Pour m'en assurer, j'envoyai le malade consulter les Drs Lubet-Barbon et Luc, et mes deux collègues consultés isolément, furent chacun du même avis. Lubet-Barbon m'écrivit même : « Le diagnostic ne me paraît pas douteux : épithélioma déjà très profond... Que dites-vous de la fulguration, après laryngotomie ? »

Le *diagnostic histologique* a été fait au moyen d'une biopsie. Deux fragments de la tumeur ont été envoyés l'un à René Marie, médecin des Hôpitaux, chef du Laboratoire d'anatomie pathologique à la Faculté, l'autre, à L. H. Papillon, médecin des hôpitaux.

Les résultats de cet examen histologique concordent absolument : « Cancer non douteux, épithélioma pavimenteux tubulé avec nombreux globes épidermiques. »

Opération le 18 novembre. — Chloroformisation par le Dr Vercoustre. Étaient présents : les Drs Bissérié et Mahar, qui font la fulguration, Cousteau, Bruder, Furet, Le Marc'Hadour, Heckel, etc.

Thyro-trachéotomie facile ; cou maigre, sans trop de vaisseaux. Section du corps thyroïde entre les ligatures. Hémostase et ligature de tous les vaisseaux, de façon à supprimer toutes les pinces hémostatiques.

Trachéotomie, mise en place de la canule de Trendelenburg et chloroformisation à distance. L'anesthésie a été très difficile depuis le début jusqu'à la fin ; malade pâle à tendance lipothimique.

Section du cartilage thyroïde avec une paire de ciseaux. Écartement des valves et mise en place d'une mèche de gaze aseptique imbibée d'une solution de cocaïne au 10e. Pas d'adrénalisation de la cavité laryngée, afin de ne pas rétracter le néoplasme et en masquer ses limites.

Le néoplasme apparaît, peu végétant, en nappe, occupant toute la corde vocale droite, les bords de l'orifice du ventricule de Morgagni et toute la bande ventriculaire correspondante. Il est mou, friable. La corde est mobile. Les tranches cruentées saignent peu.

Un tampon de gaze est insinué en haut, dans la cavité pharyngée, pour arrêter les sécrétions buccales ; en bas, dans la zone sous-glottique pour recueillir les mucosités et le sang de la cavité laryngée.

L'écartement des valves thyroïdes est difficile, car, ne voulant pas employer d'instruments métalliques, j'ai utilisé des écarteurs de fortune, en verre, et qui dérapent. Finalement, je transfixe les valves cartilagineuses avec des crins de Florence qui tirent en dehors et forment écarteur.

Curetage du néoplasme qui semble superficiel et ne pas envahir la face interne des lames thyroïdes.

Hémostase soigneuse. Asséchement complet du larynx.

La fulguration est faite par le Dr Bissérié au moyen d'une électrode pourvue à son extrémité d'un tube de verre, conique à son extrême pointe, permettant le passage de l'étincelle et non cependant capillaire, de façon à éviter son obstruction par des mucosités ou du sang coagulé. Elle dure 3 minutes. Il semble que la moitié droite du larynx ait été carbonisée. En réalité, il s'agit de caillots desséchés qu'une mèche de gaze enlève facilement.

La fulguration est particulièrement délicate, par ce fait que le malade présentant une tendance lipothimique depuis le début de l'anesthésie, la chloroformisation est faite prudemment et le malade est incomplètement anesthésié. Il en résulte des mouvements ascensionnels du larynx accompagnant chaque déglutition et l'électrode doit exécuter un mouvement rythmique constant, analogue à celui du larynx. A la fin de la fulguration, le malade est très pâle et sur le point d'avoir une syncope. Cet accident paraît d'ordre toxique, car il a fallu, à deux reprises, introduire dans le larynx un tampon de cocaïne à 1/10. Or, la solution a été employée *larga manu*.

Deux piqûres de caféine sont faites séance tenante. La canule de Trendelenburg est enlevée et la fin de l'opération rapidement menée, grâce aux ligatures qui ont été faites.

Je suture non le cartilage, mais les muscles thyroïdiens, par un point au catgut, ainsi que la membrane crico-thyroïdienne. Une canule trachéale est mise en place. 3 crins de Florence fixent la peau.

Durée de l'opération : 1 heure 10.

Le malade, très syncopal, est transporté dans son lit et, circonstance aggravante, le réflexe trachéal n'existe plus ; une sonde molle de Nélaton, pénétrant à travers la canule, aussi loin que possible, au delà de l'éperon bronchique, ne réveille pas le réflexe et ne provoque pas la toux.

Cette suppression de la sensibilité trachéale est due manifestement à la grande quantité de solution de cocaïne employée et à l'imbibition très forte du larynx.

Je signale ce point, qui peut constituer un réel danger dans ces interventions laryngées. Le malade ne peut expulser les mucosités par suite de la perte de sensibilité de la muqueuse des voies aériennes.

Au bout de 10 minutes, le réflexe était réapparu et l'excitation par la sonde de caoutchouc peut provoquer l'issue d'une grande quantité de mucosités sanguinolentes.

Suites opératoires. — Le soir de l'opération, le malade déglutissait des liquides, il était assis sur son lit et présentait un état si satisfaisant que je pus pratiquer l'examen laryngoscopique. Il me permit de constater un *œdème des deux aryténoïdes*, modéré, avec une hyperémie du vestibule. Absence totale de toute douleur. État général bon. Le malade a pu boire sans difficulté quelques gorgées de liquide.

Le 19 novembre. Insomnie totale. La plaie offre un aspect normal. Le miroir laryngien ne découvre plus qu'un *œdème unilatéralisé* à l'aryténoïde droit, correspondant au côté fulguré, épithéliomateux. Peut-être cet œdème est-il dû à l'irritation laryngée provoquée par la présence de la canule. Il existe une laryngite érythémateuse, la corde vocale gauche saine est souple, non infiltrée, l'épiglotte est normale, les aryténoïdes mobiles. Pas d'œdème des replis. La canule trachéale est supprimée. Pansement à plat. Alimentation liquide.

Le 10 au soir. Disparition de l'œdème. Laryngite érythémateuse, localisée spécialement au niveau de la zone sous-glottique et inter-aryténoïdienne, dont la muqueuse a une coloration rouge vermillon.

Apparition d'une *escharre fibrineuse*, au niveau de la zone fulgurée; véritable pseudo-membrane grisâtre, diphtéroïde. Le malade peut parler facilement à voix chuchotée. Pansement de la plaie cervicale au collodion.

Le 21 novembre. Peu de toux et d'expectoration ; celle-ci se fait par voie buccale et cervicale. *Très légère dysphagie*, sans lésions apparentes de l'orifice supérieur du larynx. Peu de mucosités trachéales. Absence de douleur locale ; à signaler *une ecchymose latéro-laryngée* sur les flancs du thyroïde, sans gonflement squelettique et des parties molles.

Au point de vue laryngoscopique, pas d'œdème, les aryténoïdes reprennent leur coloration presque normale, de petits vaisseaux sillonnent la surface de la muqueuse.

Mais les cordes vocales sont fortement héperémiées, d'un rouge vermillon comme dans une laryngite suraiguë. L'escharre fibrineuse existe toujours à droite.

Le 22. Disparition de la dysphagie. *Expulsion de l'escharre* dans un accès de toux, par l'orifice trachéal; l'examen laryngien avec le miroir, pratiqué peu après, révèle en effet, la chute de la pseudo-membrane.

Le 23. Emphysème sus-claviculaire, très léger, dû à ce que l'orifice trachéal est presque fermé. Ses bords sont écartés au moyen d'une pince entr'ouverte. Expectoration abondante par voie buccale.

Le 24. Apparition de petits *bourgeons charnus* sur la partie antérieure commissurale des deux cordes ; beaucoup de muco-pus dans l'espace sous-glottique au niveau de la plaie trachéale.

Le 28. État local excellent. Disparition des bourgeons, diminution

des sécrétions trachéales. L'orifice cutané est presque fermé. Depuis quelques jours le malade a repris son alimentation ordinaire.

Le 3 décembre. Le malade qui a recommencé sa vie normale sans toutefois sortir encore de sa chambre, quitte la maison de santé avec, comme pansement, une simple cravate de gaze autour du cou.

État actuel, le 7 décembre (19 jours après l'opération).

La fonction vocale est possible, la voie enrouée. La toux et l'expectoration ont presque cessé. Il existe cependant, à l'examen laryngoscopique, quelques bourgeons endo-trachéaux, à la place du canal aérien correspondant à l'orifice de trachéotomie. Ils sont entourés de muco-pus. Les deux moitiés du larynx sont symétriques et offrent la même apparence : chaque corde vocale est réduite à un liseré rouge, très fin ; il semble que la largeur des cordes soit réduite des 2/3 et que le malade parle avec ses fausses cordes. La glotte est rouge, pas trace de bourgeons, ni d'œdème. L'épiglotte et les aryténoïdes ont leur aspect normal.

L'état général est satisfaisant et le malade vit, comme à l'ordinaire, au point de vue de l'alimentation, sorties, travail, etc.

Au moment d'envoyer les épreuves (14 décembre) j'ai la satisfaction de revoir le malade, sans le moindre pansement et guéri *en apparence.* Aucune fistulette extérieure. Un bourgeon endo-trachéal correspond à l'orifice de trachéotomie. Mais ce qui me paraît le plus intéressant à noter, c'est le *retour des cordes vocales, que j'avais cru détruites* en partie, brûlées, à leur état et à leur apparence normale, blanc-rosé, vascularisées ; telles à la fin d'une laryngite aiguë, elles apparaissent. La droite présente un petit liseré blanc, couenneux, lisse, sur son bord libre. La voix est bien meilleure, presque normale.

Observation II. — *Cancer de la corde vocale inférieure gauche. Trachéo-thyrotomie. Fulguration.*

Commémoratifs. — Homme, 55 ans, légèrement obèse. Pas fumeur, pas de passé laryngien.

Vu pour la première fois en octobre 1908 pour un enrouement datant de 8 mois, intermittent pendant l'été, chronique depuis plusieurs semaines.

A l'examen laryngoscopique, tumeur végétante, en chou-fleur, framboisée, pâle, occupant le 1/3 antérieur de la corde vocale inférieure gauche. Corde mobile. Absence d'adénopathie.

Le diagnostic histologique a été fait au moyen d'un fragment de la tumeur prélevé sous le contrôle du miroir laryngien divisé en deux parties, dont l'une a été soumise à l'examen du Dr René Marie, médecin des hôpitaux, chef du Laboratoire d'anatomie-pathologique à la Faculté, l'autre, au Dr Papillon, médecin des hôpitaux, chef du Laboratoire de l'hôpital Beaujon.

Le résultat des deux examens fait séparément a été identique : « épithélioma pavimenteux tubulé ».

Opération le 16 novembre. — Chloroformisateur, le Dr Vercoustre. Étaient présents les Drs Bissérié et Mahar qui font la fulguration,

Cousteau, mon assistant, Le Marc'Hadour, Heckel, Georges Gellé.

Chloroformisation très facile.

Thyro-trachéotomie difficile, cou gros, court, ramassé, avec lacis veineux pré-laryngo-trachéal considérable. Nombreuses ligatures posées sur les vaisseaux. Section de l'isthme du corps thyroïde entre deux pinces.

Trachéotomie basse ; mise en place de la canule de Trendelenburg.

Section du cartilage thyroïde avec les ciseaux. Ouverture du larynx et cocaïnisation de la muqueuse, au moyen d'une mèche de gaze imbibée d'une solution de cocaïne à 1/10.

On aperçoit le néoplasme sous forme d'une petite tumeur végétante, framboisée, occupant le quart antérieur de la corde vocale antérieure gauche, de la région commissurale. Il est excisé d'un coup de ciseau. Pas d'hémorragie.

Le Dr Bissérié pratique alors la fulguration du point d'implantation de la tumeur, de la partie postérieure de la corde, du bord du cartilage thyroïde correspondant à la commissure. La cocaïnisation du larynx et l'anesthésie parfaite à laquelle est soumise le malade, la facilitent grandement ; malheureusement nos écarteurs dérapent fréquemment et il faut pratiquer des étincelages successifs et répétés. Il semble au bout de 3 minutes, qu'a duré la fulguration, que le bord du cartilage et la corde soient carbonisés, noirâtres, mais les escharres ne sont réellement que du sang noirci et coagulé.

Il n'y a aucune alerte respiratoire.

Le cartilage n'est pas suturé : 2 catguts réunissent et rapprochent les muscles préthyroïdiens ; 3 crins sur la peau.

La canule de Trendelenburg est remplacée par un tube trachéal ordinaire.

Le malade se réveille complètement sur la table d'opération et il assiste en état de veille à son pansement.

Il n'y a pas eu la moindre alerte chloroformique ou opératoire.

Il n'éprouve aucune douleur locale, ni générale. Seule, la section des plans tégumentaires a été laborieuse, en raison de l'épaisseur des tissus à couper et de gros vaisseaux turgescents à lier.

Suites opératoires. — Le jour de l'opération, le malade a été en proie à une *dyspnée* constante, sans cependant qu'il y eût un rejet abondant de mucosités par voie canulaire, et que l'auscultation pulmonaire révélât le moindre signe. Il accuse de violentes douleurs péri-thoraciques, surtout costales, au niveau des insertions diaphragmatiques. Pendant toute la journée, il a eu une sudation abondante, il a fallu le changer de linge à plusieurs reprises. Cependant, absence de fièvre et de la moindre réaction locale. Au laryngoscope, *œdème des deux aryténoïdes*, modéré, rougeur diffuse de la muqueuse endolaryngée.

40 ventouses sont appliquées sur le thorax et le malade reste toute la nuit dans la position assise.

18 novembre. Persistance de l'œdème aryténoïdien, *unilatéral* seulement, siégeant du côté fulguré. La dyspnée est atténuée, mais je

n'ose supprimer encore la canule. Il existe une escharre rubannée sur la corde vocale gauche, grisâtre, entourée d'une auréole inflammatoire, rouge.

19 novembre. Disparition de l'œdème, mais persistance d'une *laryngite érythémateuse intense*, respectant toutefois l'épiglotte, les replis, les aryténoïdes et circonscrite à la zone sous-glottique. Suppression de la canule. Alimentation liquide depuis la veille, sans la moindre dysphagie,

Toux et expectoration abondante par l'orifice trachéal.

21 novembre. Même aspect laryngoscopique. État général peu satisfaisant avec 38°5, fatigue, courbature, lassitude extrême. Localement, plaie en bon état.

23 novembre. Élimination de l'escharre qu'on me présente sur une compresse et qui a été expulsée dans un effort de toux.

Cette pseudo-membrane ressemble de tous points à celle qui succède à une cautérisation nasale. Les sécrétions muco-purulentes par l'orifice trachéal sont peut-être un peu plus abondantes que celles qu'on observe dans les trachéotomies ordinaires. Mais la cavité laryngée est absolument sèche sans trace d'hypersécrétion et de catarrhe.

26 novembre. Gonflement rouge et douloureux de la ligne de suture dont les crins ont été enlevés il y a 4 jours ; je désunis les lèvres de la plaie et à travers les lèvres cruentées 2 fragments de catgut font hernie avec du pus. Badigeonnage iodé.

29 novembre. La suppuration persiste à travers le trajet fistuleux, préthyroïdien, des catguts continuent à s'éliminer. Au laryngoscope, atténuation de la *laryngite érythémateuse.* La voix chuchotée est possible déjà depuis plusieurs jours.

Le 2 décembre, sortie de la maison de santé.

Le 6 décembre, formation d'un *nouvel abcès sous-cutané* au niveau de la partie supérieure de l'incision ; après débridement, on extrait trois nœuds de catgut.

L'orifice trachéal est presque fermé. Le malade a repris sa vie normale, faisant de longues promenades à pied, au Bois.

État actuel. Le 14 décembre, la toux et l'expectoration ont cessé complètement. Il persiste une fistulette trachéale à travers laquelle sourd du muco-pus. L'examen laryngoscopique montre un larynx presque normal ; une légère vascularisation des cordes vocales inférieures qui sont mobiles, disparition totale de l'érythème, *pas trace de bourgeons laryngés.*

En regard de l'incision, on aperçoit dans la lumière de la trachée, une tuméfaction formée par des bourgeons rouges, en voie de régression.

II

Réflexions sur les suites immédiates de ces deux thyrotomies combinées à la fulguration.

Je n'insisterai pas sur les *suites banales*, en quelque sorte, qui me semblent relever plutôt du fait de la thyrotomie que de la

fulguration : léger emphysème chez l'un des opérés, dû à l'occlusion prématurée des lèvres de l'orifice trachéal, suppuration due à l'élimination des catguts, bourgeons trachéaux en regard de l'orifice canulaire, etc..

Je n'insisterai que sur les suites qui me semblent devoir être plutôt attribuées à la fulguration.

Ces *suites immédiates post-opératoires* ont été d'autant plus intéressantes, que l'examen laryngoscopique a été fait quotidiennement et a permis de suivre la réaction provoquée par la fulguration ainsi que la réparation de la plaie électro-chirurgicale. Il y a eu :

1° Un *œdème modéré* des deux sommets des aryténoïdes qui a persisté trente-six heures environ, deux jours au plus dans les deux cas, prédominant du côté fulguré, œdème qui néanmoins a permis l'ablation de la canule trachéale le second jour, chez l'un, le troisième jour chez le second des opérés.

2° Une *laryngite érythémateuse* intense, vestibulaire, localisée particulièrement à la région glottique, vocale et interaryténoïdienne. La muqueuse a pris une coloration rouge vermillon, à ce niveau, alors que l'épiglotte conservait son aspect normal et que le sommet de l'aryténoïde reprenait sa coloration habituelle, le quatrième ou le cinquième jour après la disparition de l'œdème.

3° Une *escharre fibrineuse*, véritable pseudo-membrane, grisâtre, qui s'est désagrégée, et a été expulsée spontanément du quatrième au sixième jour, sans la moindre hémorragie, par l'orifice trachéal.

4° Une *hypersécrétion laryngée*, muqueuse d'abord, puis muco-purulente, mais qu'il est difficile de rattacher à la fulguration et que j'attribue plus volontiers à la trachéotomie.

5° Une *ecchymose latéro-laryngée*, chez l'un des malades, apparue le quatrième jour et résorbée spontanément vers le septième.

6° Une *apparence de l'image laryngoscopique*, que j'ai interprétée pendant quelques jours pour une véritable fonte ou pseudo-destruction de la corde vocale saine, chez l'un des opérés. Je craignis qu'il ne s'agît d'une destruction définitive ou d'une brûlure de tout le bord libre de cette corde. En effet, elle fut réduite vers le vingtième jour à un liseré rouge, vermillon, qui ne permettait pas l'affrontement avec le bord restant de la congénère. La phonation se faisait par les bandes ventriculaires. Comme je l'ai dit, mon malade revu quelques jours plus tard, ne présentait plus cet aspect glottique, sa corde avait recouvré son apparence normale.

Chez l'un des malades, les troubles de la déglutition ont été des plus légers et n'ont guère duré que les deux ou trois premiers jours.

Je n'ai noté aucun phénomène d'arthrite ou de périchondrite post-opératoire.

Ces quelques observations, trop récentes pour préjuger d'un résultat définitif au point de vue de la fonction physiologique du larynx au point de vue vocal et du pronostic du cancer, permettent cependant de conclure que dans ces deux cas, la thyrotomie suivie de la fulguration, ne s'est accompagnée d'aucun accident grave.

Les malades ont quitté la maison de santé, l'un le quatorzième jour, l'autre le seizième jour, et ont repris peu à peu leur vie active.

Je crois donc, d'après l'expérience bien sommaire que j'ai pu acquérir dans ces deux cas, et d'après les réflexions que j'ai pu faire au cours des deux actes opératoires et de l'examen ultérieur laryngoscopique de mes deux opérés que je règlerai la technique de la fulguration, appliquée au traitement du cancer du larynx, de la façon suivante.

Technique de la thyro-fulguration.

1° *Suppression de tout instrument métallique*, par la ligature préalable de tous les vaisseaux, avant l'ouverture du larynx.

Cette suppression des canules, écarteurs et autres objets métalliques, au voisinage de la plaie ou de l'électrode, a pour but d'éviter les brûlures possibles ultérieures.

En outre, le malade devra être couché sur une table d'opération en bois, et non métallique.

2° Mise en place d'une *canule à laryngotomie spéciale, en verre*, que j'ai fait construire par Simal, dans laquelle on introduit, en guise de canule interne, l'extrémité effilée d'une sonde en caoutchouc, rectale, tandis qu'à l'autre extrémité, élargie, ou pavillon, on adapte l'entonnoir de Trendelenburg.

Voilà pour la respiration et l'anesthésie.

3° Rétraction des deux valves thyroïdiennes, au moyen d'*écarteurs en verre*, ou de fils de soie passés au travers de la lame cartilagineuse.

4° Isolement complet de la cavité laryngée d'avec les cavités voisines, pharynx et trachée, au moyen d'un tamponnement supérieur et d'un tamponnement inférieur sus-canulaire.

5° Chloroformisation complète pendant toute la durée de la fulguration, pour éviter les mouvements ascensionnels du larynx, et par suite la fulguration des zones saines.

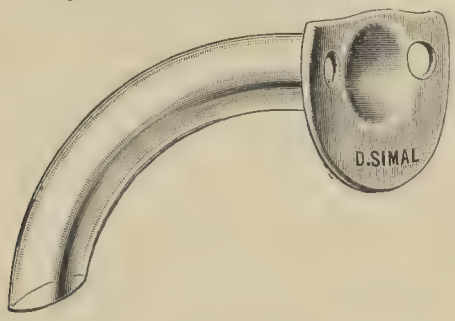


Fig. 1.

Canule à trachéotomie, tout en verre, qu'on introduit directement dans la trachée, sans mandrin.
Une plaque de verre, au niveau du pavillon, est munie de deux orifices, à travers lesquels passent les rubans qui fixent la canule autour du cou.

6° Seconde anesthésie à la cocaïne, à ce moment, de façon à supprimer tout réflexe cardio-pulmonaire ; et à cet égard, je suis

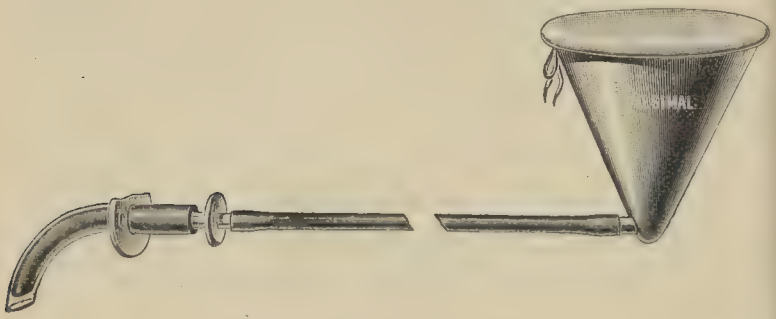


Fig. 2.

Canule à trachéotomie, dans l'intérieur de laquelle est poussée une sonde, en caoutchouc, rectale, coupée à son extrémité. L'entonnoir de Trendelenburg s'adapte aisément grâce à un tube de caoutchouc et à un ajutage en verre.

partisan d'employer des solutions faibles au 1/50 ou au 1/40, et de doser la quantité de cocaïne employée.

Il m'est arrivé, en effet, chez mon premier malade, d'employer une solution au 1/10, dont j'avais fait préparer 10 grammes; j'ai employé cette solution *larga manu* sans compter; une par-

tie est descendue dans la trachée, a supprimé le réflexe de la muqueuse et a permis au sang d'être dégluti, sans avis tussigène. Le malade était même tellement bien anesthésié qu'à la fin de l'intervention il était impossible de provoquer l'irritation de la muqueuse trachéale au moyen d'une sonde de Nélaton.

Il a fallu attendre quelques minutes que l'action de la cocaïne eût cessé, pour permettre au réflexe trachéal de réapparaître et par suite l'expulsion d'une grande quantité de mucosités sanguinolentes.

Cette anesthésie trop forte et trop longue peut constituer un réel danger.

7° Protection de la moitié normale du larynx, au moyen de mèches de gaze ou de grandes plaques de verre, ou encore d'un



Fig. 3.

Écarteur en verre, à angle rentrant, permettant de bien « accrocher » les valves thyroïdiennes et de les écarter.

grand écarteur en verre, de manière à éviter la brûlure de la partie saine.

8° Suppression de l'adrénaline comme hémostatique préalable, puisque la fulguration joue ce rôle.

9° Fulguration faite par un électro-thérapeute consommé, prudent, et à cet égard, je ne saurais trop remercier les Drs Bissérié et Mahar de la grande expérience dont ils ont bien voulu faire bénéficier mes malades.

10° Emploi d'*électrodes en verre*, spéciales, fines, tubulaires en quelque sorte, pointues à leur extrémité, adaptées à celle de De Keating-Hart, de manière à canaliser en quelque sorte l'étincelle. Ces canules doivent être de dimensions restreintes, de manière à permettre leur introduction dans le larynx, et cependant leur lumière ne sera pas capillaire pour éviter leur obstruction par des caillots sanguins.

11° L'opération sera faite, en suivant les trois temps principaux recommandés par de Keating-Hart.

a) *Fulguration préalable* qui, outre sa propriété hémostatique, a l'avantage de faciliter la séparation de la tumeur d'avec les tissus sains et tend à la formation en quelque sorte d'un plan de clivage.

b) *Curetage de la tumeur*, avec excision, si celle-ci est possible.

c) *Fulguration.* Temps capital, le plus important, d'une durée variant de dix à vingt minutes, en promenant l'électrode sur toute la surface de la plaie ; pendant la durée de cette fulguration, il sera bon de répéter la cocaïnisation, si besoin en est, de retirer parfois les mèches buccales et trachéales, d'enlever les mucosités laryngées, de faire l'hémostase et surtout de bien continuer la chloroformisation. Dans mes deux cas, la durée a été réduite à trois minutes, car les néoplasmes avaient pu en totalité être extirpés, et l'étincelle n'a en somme été dirigée qu'en zone saine chez l'un des opérés, en zone bien curetée chez l'autre.

12° Suppression immédiate, après l'opération, de la canule à trachéotomie, dans les cas de petit cancer limité, où la fulguration n'aura pas excédé dix minutes, et où l'on suppose des phénomènes réactionnels peu intenses. Cette suppression de la canule sera suivie de la suture du cartilage thyroïde, de la trachée et l'opération se terminera par un drainage pour éviter l'emphysème. La canule à trachéotomie, au contraire, sera maintenue dans les cas de vastes cancers endo-laryngés où l'action de la fulguration aura été longue, où l'on peut craindre un œdème post-opératoire, des arthrites laryngées, de la périchondrite, etc.

Grâce à une technique électro-chirurgicale bien réglée, à une hémostase parfaite, à la suppression de tout corps métallique péri-laryngé pendant l'acte opératoire, la fulguration avec trachéotomie pour cancer du larynx ne semble pas une intervention d'exécution difficile.

Je l'ai appliquée dans ces deux cas de néoplasme limité, mais je n'hésiterais pas à recourir à cette méthode dans ces vastes cancers où il faut pratiquer un évidement du larynx et où tout l'organe est dévoré par une tumeur végétante.

Je tenterais même la fulguration dans les cas d'envahissement du para-larynx où la peau, les ganglions sont pris, mais dans ces cas, l'opération devra être respectueuse des organes importants : viscères creux, vaisseaux, nerfs (œsophage, jugulaire, carotide, nerf récurrent et pneumo-gastrique).

J'avais même l'idée, après extirpation du larynx, de fulgurer d'une matière préventive en quelque sorte, toute la zone ambiante, péri-laryngée.

Mais dans ces cas, si la fulguration est courte, elle risque d'être inefficace ; si elle est longue, elle peut être dangereuse ; d'autre part, n'est-il pas à craindre que, faite au voisinage du pneumo-gastrique, elle ne détermine des troubles inquiétants du côté de la respiration et du cœur?

III

Exposé de la méthode électro-chirurgicale, dite de la fulguration. (Méthode de de Keating-Hart).

Je me bornerai à résumer ici et à schématiser d'après les travaux si intéressants de de Keating-Hart et de Juge [1] (de Marseille) les principales données du procédé.

Définition. — *La fulguration* est une nouvelle méthode de traitement du cancer, imaginée et conçue par de Keating-Hart. Ce n'est point seulement un mode d'application de l'électricité, mais un procédé électro-chirurgical, comprenant l'association de deux temps : l'un, chirurgical, l'autre, électrique.

L'acte électrique consiste dans l'emploi d'une étincelle de haute tension et de haute fréquence sur les lésions.

Il ne s'agit pas d'une cautérisation, déclare de Keating-Hart, mais d'obtenir un effet de réaction des tissus.

Historique. — La méthode, dont l'auteur est de Keating-Hart, a été vulgarisée par son auteur au Congrès de Milan, en 1906, où il a publié sa première statistique.

Depuis, différentes communications ont été faites (Acad. de Médec., juillet 1906, rapport de Pozzi), (Congrès français de chirurgie, 1908), où de nombreux malades ont été présentés par de Keating-Hart et Juge (de Marseille).

A la Société de Chirurgie (octobre 1908), à la Société de Médec. de Paris (nov. 1908), les deux auteurs ont montré des malades opérés par la fulguration.

La méthode a traversé deux périodes : *une première*, de tâtonnements, dans laquelle de Keating-Hart comptait presque uniquement sur l'action de l'étincelle électrique de haute tension et de haute fréquence, projetée sur la lésion, pendant un temps variant de 10 à 40 minutes. La tumeur s'affaissait, subissait une fonte, un ramollissement et finissait par se sphacéler, s'éliminer : cette action éliminatrice avait lieu, soit rapidement, soit dans les pansements ultérieurs, et d'une façon spontanée, ou avec l'aide de l'instrument tranchant (bistouri ou curette).

Dans une *seconde période*, de Keating-Hart a modifié sa méthode, purement électrique au début, en un procédé électro-chirurgical, dans lequel « l'intervention chirurgicale est devenue une collaboratrice indispensable de l'action électrique ».

Matériel électrique. — De Keating-Hart l'a longuement et

1. Juge. *Arch. prov. de chir.*, t. XVII, n° 9, sept. 1908 (Chirurgie du cancer et fulguration).

minutieusement exposé dans les *Archives d'électricité médicale* (25 mai 1908).

L'appareil électrique, imaginé par l'auteur, et dans les détails duquel nous ne pouvons entrer, comporte une installation matérielle compliquée et assez coûteuse.

L'étincelle électrique, de 50 centimètres de longueur, est dégagée de toute action calorifique, grâce à un dispositif tout particulier.

La technique. — L'opération exige l'anesthésie chloroformique, car la fulguration est très douloureuse. (L'éther et le chlorure d'éthyle ne peuvent être employés comme anesthésiques, en raison de leur inflammabilité.)

L'intervention comprend trois temps successifs :

Premier temps : *Un étincelage préalable*, rapide, large et diffus de la tumeur. Le but est de la séparer des tissus sains par une sorte de plan de clivage permettant son exérèse.

Second temps : *Acte chirurgical.*

Troisième temps : *Étincelage définitif*, de longue durée (10, 20, 30 minutes).

Nous rappellerons donc comment, d'après Juge et de Keating-Hart, on procèdera à l'intervention chirurgicale et on maniera l'électrode.

1° **L'acte chirurgical.** — Il consiste dans l'*ablation macroscopique* de la tumeur, sans chercher à obtenir une exérèse complète et totale du néoplasme et du territoire ganglionnaire afférent. Il suffit d'atteindre simplement *les limites extérieures* de la tumeur. Ces principes renversent les données actuelles de la chirurgie du cancer; c'est faire, dit Juge, une chirurgie manifestement insuffisante, « absurde » même, d'après son expression. Inutile de chercher à dépasser les limites du mal.

Et cependant, cet acte opératoire insuffisant, sans extirpation ganglionnaire, a donné à Juge et à de Keating-Hart des résultats dont certains sont parfaits jusqu'à présent. Des évidements craniens, faciaux, ethmoïdaux, etc., ont été faits, sans récidives actuelles.

Un point mérite toute l'attention du chirurgien, c'est la nécessité de faire une réunion incomplète des parties opérées et d'assurer un très large drainage permettant l'écoulement considérable de la sérosité post-opératoire qui accompagne la fulguration.

2° **L'action électrique**. — L'action électrique exige beaucoup de délicatesse de toucher. La tension considérable de l'étincelle de haute fréquence demande un maniement très soigneux, fait par des spécialistes, car les effets destructifs sont éminemment

variables suivant la durée et l'intensité de l'étincelage, suivant aussi les variations de potentiel. Si l'on peut fulgurer fortement dans un tissu néoplasique fortement infiltré, il faudra être très modéré dans l'application électrique au voisinage des viscères creux, des vaisseaux et des nerfs. Hémorragies, ouvertures de cavités splanchniques, à la chute des escharres, sont à redouter. Troncs nerveux à inhibitions ou réflexes possibles sont à ménager. (En particulier, dans la grande chirurgie du larynx, où il faut tenir compte de plusieurs éléments : la sensibilité de la muqueuse, le voisinage du pneumogastrique, de l'œsophage, du paquet vasculaire du cou.) Or, il n'existe pas d'appareil permettant de doser mathématiquement l'action électrique. Ce n'est qu'une expérience consommée du fulgurateur qui peut y suppléer.

Effets de l'étincelage. — Juge, dans son si intéressant travail, les divise en immédiats, consécutifs, éloignés.

1° **Effets immédiats.** — Sur la peau, l'étincelle (refroidie par le procédé de de Keating-Hart) produit une ischémie véritable avec large zone de pâleur; son emploi prolongé aboutit à la mortification.

Sur les tissus graisseux sous-cutanés et les muscles, la réaction se manifeste par une coloration brune tout à fait spéciale. Il ne s'agit cependant pas de *cautérisation*. C'est une *hémostase réelle*. Ainsi, le suintement sanguin cesse rapidement sur une surface cruentée.

D'autre part, un des effets les plus immédiats de la fulguration est une *action analgésique*. Les cancers douloureux sont, pour beaucoup, instantanément améliorés. En tout cas, presque toujours, les douleurs s'atténuent, pour souvent disparaître d'une façon durable. Cette sédation a été très communément observée.

2° **Effets consécutifs.** — Ce sont :

a) un écoulement séreux ;

b) la production d'une escharre ;

c) un bourgeonnement ;

d) la cicatrisation.

a) *Écoulement séreux.* — Cet écoulement, cette lymphorrée (Juge) jaune rougeâtre dès le début, puis franchement jaunâtre, se produit parfois immédiatement après l'opération, au moment même où l'on transporte le malade dans son lit. Son abondance est parfois telle, que la literie peut être traversée. Sa durée varie de deux à huit jours. Du reste, ses conditions sont soumises à la durée de l'application de la fulguration et au siège. Juge a

remarqué que les os donnaient moins lieu à la production de la lymphorrée que la région mammaire, faciale.

De Keating-Hart et Juge attachent une grande importance à ces « véritables chasses de lymphe » dont la quantité est fonction de la réaction des tissus. L'absence de tout écoulement est « plutôt un mauvais présage ».

Ces sécrétions sont extrêmement toxiques et déterminent des accidents graves avec hypothermie qui ont été signalés à la Société de chirurgie. La reproduction expérimentale de ces accidents a été faite chez les animaux. Il est donc capital d'assurer un très large drainage à l'évacuation des sécrétions et, parfois même, il est prudent de s'abstenir de réunir la plaie.

b) *Formation d'une escharre.* — Deux jours après l'intervention, apparaît une escharre, jaune ou grisâtre, due à la « *sidération électrique des tissus* ».

Elle tombe du 8e au 15e jour en général suivant son épaisseur qui dépend elle-même de l'intensité de la fulguration.

Cette escharre peut être fort dangereuse quand elle se produit dans le voisinage d'un viscère creux ou d'un vaisseau.

D'où la nécessité d'avoir une très grande expérience dans le maniement de l'étincelage.

c) *Bourgeonnement.* — Celui-ci apparaît avant la chute complète de l'escharre; il se traduit par l'apparition de bourgeons rose pâle et se manifeste par une rapidité d'évolution extraordinaire; de vastes cavités évidées se comblent avec une vitesse inouïe.

d) *Cicatrisation.* – Deux points sont à retenir dans ce travail de réparation de la plaie : d'abord la faible dimension de ces cicatrices post-opératoires (fait important au point de vue esthétique), ensuite la souplesse et la mollesse de ces cicatrices. Les photographies reproduites par Juge dans son travail témoignent de la réalité de ces beaux cas au point de vue post-opératoire.

3° **Effets éloignés.** — Le processus de fibrose, dit Juge, s'irradie à une certaine distance; des ganglions se transforment en tissu fibreux, d'autres s'énucléent en quelque sorte, se modifient, leur contenu devient caséiforme.

« Il n'est pas possible d'arrêter un instant sa réflexion à de pareils et si nouveaux phénomènes (locaux et de voisinage), sans reconnaître la manifestation de la puissance de l'étincelage. En effet, il est hors des habitudes du cancer, simplement cureté, ou éradiqué juste à sa limite, de substituer à sa virulence une pareille franchise de cicatrisation et une activité

réactionnelle de l'organisme qui comble non seulement la plaie principale, mais encore suscite de pareilles réactions de défense, loin du centre de la lésion. Il s'agit là certainement d'une mise en œuvre d'inconnus moyens de défense de l'organisme, d'une suractivité cellulaire, disons le mot, d'une véritable vitalisation » (Juge).

En ce qui a trait aux récidives, il s'agit plutôt de nodules localisés, dégénérés et qui guérissent après une excision suivie d'étincelage, que d'infiltrations diffuses.

Au point de vue des résultats qu'ils ont obtenus, Juge et de Keating-Hart les divisent en plusieurs catégories :

1° Cas non guéris, 14. Parmi ces malades, cependant, certains ont été notablement soulagés au point de vue des douleurs.

2° Cas guéris, 26. Parmi ces 26 cas, 11 cancers étaient *inopérables*, 6 l'étaient par *la chirurgie pure*, mais au prix de *vastes délabrements*, d'où chances de récidive ; 7 étaient *opérables dans des conditions normales*.

La durée de la guérison varie, pour ces malades, de 4 à 29 mois. Il s'agit donc, comme le dit bien Juge, de la *guérison apparente et actuelle*, c'est-à-dire comportant la cicatrisation complète de la plaie et un bon état général.

Ces 26 cas comportent des cas de cancers à siège variable (crâne, face, sein, utérus, rectum, maxillaire supérieur, langue, etc.).

Telle est, résumée, d'après les travaux de Juge et de de Keating-Hart, la méthode électro-chirurgicale dite de fulguration. Elle doit être expérimentée en rhino-laryngologie, puisqu'elle l'est en chirurgie générale ; nous devons la tenter dans les cas faciles et moyens et non pas la réserver aux cas désespérés, de façon à pouvoir porter une appréciation véritablement scientifique et de bonne foi.

II

TRAITEMENT DES SUPPURATIONS DES CAVITÉS ACCESSOIRES SUPÉRIEURES DU NEZ [1]

Par **M. HAJEK**,
Privat-docent à l'Université impériale et royale de Vienne.
[Traduction par MENIER, de Figeac.]

La question du traitement des empyèmes des cavités accessoires du nez a été, au cours des dernières années, si souvent l'objet de discussions dans des publications et dans les réunions scientifiques, qu'il est impossible d'exposer, dans un court laps de temps, un progrès particulier ou des points de vue nouveaux.

Si, de plus, vous voulez vous souvenir qu'il y a seulement quelques mois qu'au Congrès international de laryngologie de Vienne, on a exposé en détail bien des points appartenant au sujet en question, vous comprendrez que ce n'est qu'à mon corps défendant que j'ai accepté la mission si flatteuse cependant dont on m'a chargé. Seul l'amical souvenir de nombreux confrères de cette ville et de la province rhénane, que je peux appeler mes élèves et mes amis, me décida à remplir cette tâche.

Le chapitre du traitement des empyèmes des cavités accessoires supérieures a fait dans les dix dernières années de grands progrès, grâce à de nombreux travaux provenant de toutes les nations civilisées. La bibliographie de la question a pris un développement si énorme, qu'il est impossible d'en épuiser tous les détails, dans le cadre limité d'un rapport. Je devrai donc me borner à ne citer que les méthodes les plus importantes au point de vue du principe. Je veux cependant, autant que le temps me le permettra, les soumettre à la critique pour les étudier à la lumière de mon expérience personnelle.

On peut, *grosso modo*, diviser en trois catégories les mesures thérapeutiques servant à guérir les empyèmes des sinus : 1° Traitement général; 2° traitement intranasal; 3° traitement par des interventions extranasales assez étendues. Cette division n'a pas la prétention de poser des limites exactes; elle n'a pour but que de permettre une vue plus aisée et plus synoptique dans l'exposé de la question.

1. Rapport présenté à la réunion des Naturalistes allemands. Cologne, 1908.

I. — Traitement général.

Le traitement général sera vite exposé : il comprend tout d'abord la prophylaxie et ensuite le traitement du stade aigu des affections des sinus. Au point de vue prophylactique, il s'agit de prévenir, dans la mesure du possible, les maladies infectieuses aiguës qui, comme l'influenza, le coryza aigu et la scarlatine, amènent souvent des affections des sinus. Nous pouvons considérer ici toutes les mesures hygiéniques ou de régime qui tendent à endurcir l'organisme et à diminuer la prédisposition au coryza aigu. Je ne m'attarderai pas aux détails que tout le monde connaît.

Le traitement général au cours du stade aigu des sinusites est très important. Dans le cours des dix dernières années, je suis devenu, avec chaque année nouvelle, de plus en plus chaleureusement partisan du traitement général. Je trouve que les affections sinusiennes aiguës consécutives surtout au coryza aigu vulgaire et à l'influenza, s'atténuent très rapidement à l'aide d'une cure énergique de sudation, après administration de 1 à 2 gr. d'aspirine. Je fais continuer ce traitement trois ou quatre soirs; j'insiste sur l'importance de frictions sèches biquotidiennes de toute la peau faites à l'aide d'un linge en laine, et sur le fait que la peau ne soit pas mouillée pendant quelques jours. J'ai pu constater à ma grande surprise que de nombreux cas de suppuration très intense, même durant depuis plusieurs semaines, guérirent rapidement sans aucun traitement local. Je fais agir encore ce traitement général lorsque, par suite de symptômes pressants, le traitement local est devenu nécessaire.

Une autre mesure de nature générale nous est fournie par le changement de climat. Bien des sinusites aiguës dont le cours a une allure torpide et qui semblent donc avoir ainsi une tendance à la chronicité, s'améliorent d'une façon merveilleusement rapide après un changement de climat. D'après ce que j'ai constaté, ce ne sont pas toujours les régions méridionales qui sont le facteur de cette guérison, mais c'est le changement de climat, en tant que tel. J'ai souvent constaté aussi que les sinusites aiguës prises à la Riviera ou ailleurs s'amélioraient rapidement seulement après le retour dans le climat plus septentrional et plus rude d'où le sujet est originaire; je constate très souvent que les sinusites aiguës prises dans la montagne à des altitudes élevées guérissaient rapidement, mais seulement après retour dans la patrie du sujet située à une altitude beaucoup plus basse. Je ne puis pas dire quels sont ici les facteurs dont il faut tenir compte; ce ne sont sûrement pas ni le climat plus chaud, ni

l'altitude au-dessus du niveau de la mer qui sont seuls ici les facteurs décisifs.

Bien que la majorité des sinusites aiguës guérissent spontanément par le régime général ci-dessus indiqué, cependant le nombre des cas qui ne peuvent être guéris par cette méthode seule n'est pas minime. C'est alors que la méthode endonasale, avec ses interventions plus conservatrices, entre en jeu et ce n'est que lorsque celles-ci, en présence de symptômes très pénibles ou même dangereux, viennent à échouer, qu'on a à envisager les interventions plus étendues auxquelles on donne généralement le qualificatif de radicales. Qu'il me soit permis, pour plus de clarté, d'exposer la gradation des méthodes endonasales plus conservatrices jusqu'aux méthodes radicales et cela successivement pour chacune des cavités accessoires supérieures. Je considérerai d'abord : 1° le sinus frontal; 2° le labyrinthe ethmoïdal; 3° le sinus sphénoïdal.

II. — **Sinus frontal.**

Le traitement du sinus frontal concorde aussi avec celui d'une partie des cellules ethmoïdales antérieures, cellules qu'on appelle infundibulaires ou, suivant le schéma embryogénique de Killian, cellules frontales de l'ethmoïde, et dont je fus un des premiers à démontrer, il y a dix ans, à la Réunion des naturalistes de Francfort, les rapports intimes avec le sinus frontal. Le canal excréteur du sinus frontal et les ouvertures des dites cellules ethmoïdales, étant données leurs relations réciproques locales, sont presque toujours atteints de façon simultanée par le gonflement inflammatoire, de sorte que le traitement à suivre pour les deux cavités a pour point de départ cette considération. Je mentionnerai seulement en passant qu'il faut regarder comme les plus douces méthodes de traitement intranasal, le dégagement du méat moyen à l'aide de la cocaïne-adrénaline, la douche d'air, puis le lavage du sinus frontal, le cornet moyen demeurant intact. Elles ont pour but de faciliter l'écoulement de la sécrétion du sinus frontal et des cellules ethmoïdales atteintes en même temps, et partent d'une supposition exacte, à savoir que, dans la grande majorité des cas, le retard dans la guérison d'un empyème est dû à l'empêchement de l'écoulement de la sécrétion. On ne peut douter que, dans quelques cas, les manœuvres endonasales indiquées ne puissent amener au but désiré, quoiqu'elles ne fassent que favoriser l'écoulement de la sécrétion. Mais, dans les cas aigus, étant donné l'existence de la tendance à la guérison spontanée, parfois, un écoulement abon-

dant et unique de sécrétion suffit justement à amener la guérison. Malheureusement, les conditions anatomiques locales sont fréquemment si défavorables que les moyens conservateurs ci-dessus ne servent de rien. Dans les cas d'étroitesse considérable du méat moyen, d'enroulement prononcé du cornet moyen, de plus, dans le cas d'existence de gonflements assez marqués, parfois chroniques autour du canal naso-frontal, c'est généralement la règle.

Dans ces cas, la résection et, comme je tiens à l'ajouter de suite, la résection élevée du cornet moyen doit être faite. Elle consiste en ce que l'extrémité antérieure du cornet moyen est détachée, en avant, de *l'agger nasi*, à l'aide de ciseaux coudés à angle; puis, le cornet moyen, et provisoirement à l'extrémité du tiers antérieur, est sectionné verticalement à partir de son bord libre et on délimite ainsi un lambeau muco-osseux, après l'ablation duquel la plus grande partie de l'infundibulum est mise à découvert loin en avant et en haut.

Comparée à la méthode employée autrefois, dans laquelle l'extrémité antérieure du cornet moyen était sectionnée plus loin en arrière, la méthode de résection du cornet dont je viens de parler est beaucoup plus large, car justement ainsi, on met aussi à nu l'extrémité la plus antérieure de l'infundibulum, qui est ordinairement atteinte de la façon la plus marquée, par suite des gonflements. Après une résection du cornet moyen bien réussie, souvent le pus s'écoule d'un seul coup, de sorte que dans les cas aigus, les troubles objectifs et subjectifs peuvent cesser en un laps de temps très court. Mais ce n'est pas seulement dans les cas aigus, c'est aussi dans les cas chroniques qu'on peut amener la guérison du processus, souvent après restitution de la perméabilité du canal naso-frontal. Cependant, dans les cas chroniques, il sera encore fréquemment nécessaire d'enlever, en plus du cornet moyen, les nombreuses hypertrophies et des polypes pouvant éventuellement obstruer le canal. Les hypertrophies au voisinage du *processus uncinatus* devront aussi être enlevées, soit seules, soit avec leur substratum osseux, comme Killian l'a recommandé.

Je n'ai pas besoin de dire d'une façon particulière que, après ces interventions sur le cornet et dans le méat moyens, on réussit généralement à introduire la sonde ou la canule pour les lavages.

Je peux me dispenser de parler de la proposition faite par plusieurs auteurs d'introduire dans le canal des instruments dilatateurs ou d'essayer de perforer électriquement le sinus frontal

par voie endonasale. Ces tentatives sont toutes inutiles et n'ont aucune valeur : elles sont plutôt nuisibles.

La résection élevée du cornet moyen et le dégagement du méat moyen dont nous venons de parler sont l'*ultima ratio* du traitement endonasal des empyèmes frontaux chroniques. Si ce traitement ne conduit pas au but recherché, il faut, en présence de grands troubles subjectifs ou de symptômes menaçants, que l'ouverture chirurgicale du sinus frontal entre en scène. Tous les rhinologistes sont d'accord sur ce point. Mais, on n'est pas d'accord sur la question de savoir combien de temps il faut attendre le résultat du traitement endonasal avant que l'intervention chirurgicale soit indiquée. Les uns attendent à peine quelques jours, d'autres quelques semaines seulement. D'après mon expérience, la guérison peut se produire après plusieurs mois, et même au bout d'un ou deux ans. de sorte, qu'à mon avis, l'opération externe n'est pas d'urgence, s'il n'y a pas de symptômes qui y obligent. La question des indications des grandes interventions opératoires dans les sinusites est le point le plus délicat de toute la rhinologie ; cette question devrait être discutée plus à fond, mais, j'ai l'impression qu'on s'en écarte toujours d'une manière persistante. Je crois cependant qu'en présence des opinions opposées qu'on trouve dans la pratique, une mise au point des indications est d'urgente nécessité pour le bon renom de notre spécialité. Pour le reste je renvoie sur ce point à ma dernière communication à la Réunion des Naturalistes à Dresde; je ne puis ici m'occuper en détail des indications qui ne forment point le thème proprement dit de mon rapport.

Je passe maintenant aux méthodes opératoires du sinus frontal et j'irai de l'exposé des interventions les plus conservatrices à celui des méthodes plus radicales et, pour ne point lasser votre patience, je ne mentionnerai que les procédés qui ont favorisé, au point de vue des principes, le perfectionnement des méthodes opératoires. Nous avons alors : *a*) la trépanation simple ; *b*) l'ouverture large de la paroi antérieure par le procédé Kocher et Luc-Ogston ; *c*) la méthode de Kuhnt ; *d*) la méthode de Riedel ; *e*) la méthode de Killian et, pour terminer, la méthode ostéoplastique.

La trépanation simple, c'est-à-dire la création d'une petite ouverture à l'extrémité interne du sourcil, a, vous le savez, une ancienneté séculaire ; elle avait pour but, quand le canal excréteur était obturé, d'amener l'évacuation systématique du contenu du sinus frontal. Dans beaucoup de cas, elle donne le résultat

désiré, dans d'autres, non. Nous savons aujourd'hui que dans les cas d'empyème chronique, dans lesquels il y a une altération tant soit peu prononcée de la muqueuse, cette méthode n'atteint pas le but poursuivi, elle ne peut entrer en ligne de compte que lorsqu'il s'agit de rendre possible l'issue de la sécrétion, dans un cas plutôt aigu on subaigu, dans lequel on n'a pu réussir, par voie endo-nasale, à ramener l'écoulement. J'ai exécuté au cours des dernières années, en policlinique et avec le meilleur résultat, la trépanation simple chez des malades avec empyème frontal aigu ou subaigu et à l'aide de l'anesthésie locale.

Comme par l'ouverture de la trépanation simple, on ne peut enlever la muqueuse atteinte d'inflammation chronique, il va de soi, que cette méthode ne peut donner de guérison. C'est Kocher le premier, me semble-t-il, qui, conduit par la connaissance de ce fait, fit une brèche plus importante dans la paroi antérieure du sinus et curetta par là, avec une curette tranchante, la muqueuse du sinus ; Luc et Ogston ont fait à peu près la même chose. Mais les résultats ne furent pas favorables, car il y eut des récidives opiniâtres, et même avec la méthode de Luc-Ogston on voit souvent survenir, après l'opération, des complications cérébrales.

C'est à Kuhnt que revient le mérite d'avoir créé un progrès capital au point de vue du principe dans le développement de l'opération sur le sinus frontal. Il montra d'abord que l'ablation exacte de la muqueuse malade, dans tous les coins et replis du sinus, est la première condition, la plus essentielle, d'une guérison du sinus. Pour cela, il est absolument indispensable d'enlever toute la paroi antérieure, de mettre à nu tous les coins et toutes les anfractuosités, de façon à pouvoir enlever parfaitement la muqueuse malade. Ce n'est que depuis l'introduction de cette méthode qu'on peut citer des cas guéris définitivement, sans doute parce que nous avons été mis pour la première fois en mesure de pouvoir enlever parfaitement la muqueuse atteinte.

Malheureusement, la méthode de Kuhnt n'a pas pu nous satisfaire. On constata que l'ablation totale de la muqueuse malade n'est qu'une seule des conditions essentielles pour la guérison définitive du sinus. Dans beaucoup de cas, l'opération de Kuhnt ne satisfait pas à une autre condition capitale pour une guérison définitive, à savoir : le rapprochement des parois du sinus curetté. En effet, dans les cas où il y a un prolongement orbitaire profond, les parties molles de la paroi antérieure pressées contre la paroi postérieure du sinus ne peuvent remplir le dit prolongement. L'espace mort résiduel du prolongement orbitaire

ne se ferme pas et provoque des récidives au bout de plusieurs mois. Je me permets de faire circuler un dessin sur lequel on voit l'espace mort dans le prolongement orbitaire provoquant la récidive dans un cas d'opération de Kuhnt. D'après l'expérience de nombreux rhinologistes, nous devons considérer la méthode de Kuhnt comme un progrès important dans l'édification de la méthode chirurgicale, mais elle ne peut cependant nous satisfaire à cause de l'absence de sécurité au point de vue de la guérison définitive, en dehors de deux autres imperfections qui y sont attachées, à savoir: la cicatrice laide et enfoncée qui persiste dans beaucoup de cas et en second lieu le peu de compte qu'il est tenu des cellules ethmoïdales antérieures dans cette opération.

Le second progrès important au point de vue du principe est, à mon avis, dû à Riedel. Cet auteur, en étudiant ses cas graves à récidives répétées, développa peu à peu, pas à pas, son opinion que : pour guérir à coup sûr un empyème frontal grave, il faut enlever non seulement la paroi antérieure du sinus, mais encore, la paroi inférieure. Il vit de plus qu'il était nécessaire de provoquer un large drainage vers la fosse nasale et, pour cela, ne suffisait plus la dilatation, courante jusqu'ici, du canal naso-frontal, mais que la résection de l'apophyse frontale du maxillaire supérieur était nécessaire. C'est en particulier en enlevant en même temps la paroi inférieure du sinus que Riedel put arriver à faire remplir le prolongement orbitaire par la peau et la graisse de la région et éviter ainsi les récidives par suite de formation d'espaces morts. Par le drainage allant en direction nasale et au dehors, il mettait la cavité cruentée à l'abri de la sécrétion. Il est donc hors de doute, que c'est Riedel qui a le premier réussi parfaitement à trouver toutes les mesures chirurgicales, qui doivent former la base de toute méthode opératoire chirurgicale sur le sinus frontal amenant au but désiré. Évidemment, nous ne pouvons dissimuler que Riedel n'a pas réussi à imposer ses principes à l'imitation de tous et cela seulement par le simple motif que l'opération de Riedel exécutée dans son mode originel, suivi par Riedel, donne de mauvais résultats au point de vue esthétique, ce qui met de bien ennuyeuses limites à l'utilisation de la méthode.

C'est à Killian, le premier, qu'appartient le mérite d'avoir procuré l'adoption des principes de Riedel en éliminant les défauts d'ordre esthétique. La méthode de Killian se distingue de celle de Riedel en ce que Killian a éliminé d'un seul coup le défaut principal qui existe dans la méthode de Riedel, en épargnant le toit de l'orbite. C'est le point capital dans la découverte de

Killian. Si Killian enlève l'apophyse frontale non pas seulement à cause du drainage, mais pour avoir un meilleur succès aux cellules ethmoïdales, antérieures, c'est un autre motif plus large qui a sa raison d'être dans la difficulté d'accès des cellules ethmoïdo-frontales. Il est vrai, la méthode de Killian, dans sa disposition originelle, présente deux autres particularités: 1° la formation du lambeau muqueux nasal et la suture primaire de la plaie externe. Cependant, Killian lui-même a déjà reconnu, il y a quelques années, le défaut fondamental du lambeau muqueux nasal et quant à la suture primaire de la plaie externe, je n'ai pu la maintenir dans les premiers cas opérés, car malgré un large drainage par le nez, il survint une élévation de température avec phénomènes locaux de rétention. La suture primaire est, du reste, le côté faible de la méthode de Killian et j'ai grande tendance à croire que plusieurs cas opérés par cette méthode et ayant eu une issue malheureuse doivent être attribués au fait de la suture primaire. Si nos souvenirs sont exacts, car je n'ai pas les communications imprimées du Congrès de Vienne, Killian a remarqué lui-même dans la discussion qu'il tend à présent à maintenir plus longtemps le drainage externe.

D'après mon expérience actuelle, j'ai l'impression que la méthode, avec persistance prolongée des drainages nasal et externe, exécutée par une main habile, est sans danger et représente pour le moment l'idéal possible à atteindre dans les opérations radicales du sinus frontal.

Je ne mentionnerai qu'en peu de mots le fait que les craintes du décollement de la poulie du grand oblique, manifestées à propos de l'opération de Killian, se sont montrées comme en grande partie exagérées. J'ai décollé la poulie plusieurs fois, soit sans le vouloir, soit de propos délibéré, sans qu'il y ait jamais eu diplopie. Le décollement de la trochlée ne doit *a priori* être fait que dans les cas où : 1° il existe un prolongement orbitaire profond, pour pouvoir enlever facilement et à fond la paroi inférieure du sinus frontal ; 2° dans les cas de complications orbitaires, abcès ou phlegmons de l'orbite pour pouvoir se créer un accès parfait autour du globe oculaire et derrière lui. Dans les petits sinus, surtout ceux sans prolongement orbitaire profond, le décollement de la trochlée est inutile.

Je crois superflu de m'étendre sur diverses modifications proposées à la méthode de Killian, car à mon avis, elles ne marquent pas un progrès, mais bien un pas en arrière. Je mentionnerai seulement que quelques auteurs ont proposé de n'enlever qu'une partie de la paroi antérieure, d'autres veulent laisser en place la

paroi orbitaire. D'après mon exposé ci-dessus des bases chirurgicales des méthodes opératoires, c'est comme si l'on disait : ablation incomplète de la paroi antérieure = curetage incomplet de la muqueuse malade dans tous les replis ; laisser en place la paroi inférieure du sinus = renoncer à supprimer les espaces morts.

Je vais mentionner brièvement la méthode ostéoplastique qui, semble-t-il, a toujours des partisans. Je m'en suis sérieusement occupé pendant de longues années, et je l'ai abandonnée à cause des récidives relativement fréquentes. Cependant, au point de vue esthétique, elle donne les plus beaux résultats et c'est peut-être là le charme magique qui lui assure encore quelques partisans. Au point de vue chirurgical, elle est complètement insuffisante et sous ce rapport, elle est bien inférieure à la méthode de Kuhnt. Dans cette dernière, nous pouvons au moins supprimer la partie frontale du sinus en appliquant les parties molles contre la paroi antérieure ; dans la méthode ostéoplastique, nous en sommes réduits pour la partie frontale à nous fier au hasard, mis à part l'espace mort du prolongement orbitaire, fait qui est commun à la méthode de Kuhnt et au procédé ostéoplastique.

III. — Labyrinthe ethmoïdal.

L'exposé des méthodes de traitement des cellules ethmoïdales est plus difficile que celui des méthodes pour le sinus frontal. Les cellules ethmoïdales sont un agrégat complexe de cavités qui sont seulement en relations partielles, et qui présentent une différence non seulement dans l'intensité, mais aussi dans l'extension de la maladie. En dehors des formes aiguës, subaiguës ou chroniques, quelques cellules ou de nombreuses cellules ou enfin tout un labyrinthe peuvent être atteints. Tantôt alors c'est parfois plutôt le labyrinthe antérieur, tantôt le labyrinthe postérieur qui est frappé de préférence, parfois ce sont les cellules de l'infundibulum. La suppuration dans les cellules peut être ouverte ou close. Les altérations peuvent ne se manifester qu'à l'intérieur du nez ou encore du côté de l'orbite. Les modifications pathologiques du labyrinthe ethmoïdal présentent de plus deux formes essentiellement différentes : 1° la suppuration accompagnée d'affection polypoïde du labyrinthe ethmoïdal ; 2° la suppuration accompagnée d'altérations atrophiques, sous l'aspect de l'ozène. Toutes ces particularités obligent à une considération individuelle de chaque cas avant de commencer le traitement qui convient à chaque cas particulier.

Il est impossible, évidemment, de tenir compte, dans le cas

restreint d'un rapport, de toutes les modifications possibles; c'est pourquoi je vais retracer seulement à grands traits les questions principales qui, aujourd'hui, sont en partie discutées.

Le traitement de la plupart des ethmoïdites aiguës est soumis aux principes exposés dans le chapitre du traitement général. Ce n'est que très rarement qu'au stade aigu, il survient déjà des complications menaçantes du côté de l'orbite et dans ce cas, les mesures dont nous parlerons à propos des cas chroniques compliqués sont à leur place. Les suppurations chroniques qui, ordinairement s'accompagnent de dégénérescence polypeuse de la muqueuse, suppurations circonscrites et diffuses des cellules ethmoïdales sont le plus fréquent objet des interventions opératoires. Il y a ici à considérer tout d'abord toutes les manipulations qui servent en premier lieu à enlever les polypes et les hypertrophies diffuses de la muqueuse et la résection du cornet moyen : donc : anse, curettes de Hartmann et de Grünwald, droites et courbes. L'ablation de toutes ces parties qui empêchent de jeter un coup d'œil exact, est pour ainsi dire l'ouverture, le préliminaire de tout traitement conscient du but, qu'on ne doit commencer qu'après avoir relevé par le diagnostic les foyers purulents existants. Pour ouvrir les divers foyers je me sers de mon crochet pour l'ethmoïde. J'achève l'ouverture des parois osseuses à l'aide des curettes doubles sus-mentionnées, mais surtout avec la pince plate de Luc, instrument qui permet d'enlever très rapidement des parties étendues du labyrinthe osseux. Trois questions me semblent très importantes dans ce traitement endonasal : 1° la mesure, le degré de l'intervention opératoire à exécuter en une séance; 2° les intervalles entre plusieurs interventions; 3° le traitement ultérieur. Pour ce qui concerne l'étendue de l'intervention à exécuter en une séance, cela dépend de divers facteurs : *a*) tolérance du malade; *b*) habileté de l'opérateur; *c*) de l'hémorragie éventuelle qui vient compliquer l'intervention.

Pour la tolérance du malade, je considère comme très important de faire une cocaïno-adrénalisation très soigneuse de toutes les anfractuosités du champ opératoire. Je fais agir la cocaïne pendant quinze à vingt minutes au moins avant de passer à l'opération. L'anesthésie doit être la plus parfaite possible pour qu'on puisse dans une séance, enlever le plus loin qu'on pourra les cellules ethmoïdales et que même après le gonflement inévitable qui suit l'opération, il n'y ait pas de stagnation de la sécrétion.

Les opérations endonasales sur le labyrinthe ethmoïdal ne sont dangereuses que lorsque l'intervention, sans créer de lésion,

produit une ablation étendue des parois enserrant le foyer purulent. Le gonflement réactionnel consécutif amène la stagnation de la sécrétion et favorise les complications dangereuses. Un cas publié par moi illustre de façon indubitable ce que je viens de dire. Si, par conséquent, on a affaire à des malades très intolérants ou supportant mal la cocaïne, il vaut mieux faire l'intervention avec l'anesthésie générale. Naturellement, une hémorragie assez intense met parfois une limite aux interventions ultérieures, bien que je sois convaincu qu'après une adrénalisation bien faite, l'hémorragie n'empêche jamais d'achever de donner à l'intervention une extension suffisante.

Quant au second point : observation d'un intervalle suffisant entre deux séances opératoires, voici ce qu'il en est. On doit d'abord attendre la fin de la réaction provoquée par une séance opératoire, avant d'intervenir de nouveau, car, en premier lieu l'effet de la cocaïnisation est défectueux sur les parties encore enflammées, par suite l'opération est très douloureuse et, en second lieu, on ne doit pas accumuler réaction sur réaction, car, on provoque ainsi des complications désagréables de nature générale et locale.

Quant au troisième point : traitement ultérieur, je ne voudrais dire ce qui suit qu'en aphorismes. Après chaque opération, la surface saignante doit être tamponnée à l'aide d'un tampon de gaze plongé dans l'eau oxygénée à 12 %, mais le nez ne doit pas être tamponné. Si cependant, on ne pouvait faire autrement, il faudrait laisser le tampon aussi peu de temps que possible. J'estime que le tamponnement après ouverture du labyrinthe renfermant du pus est dangereux et je voudrais recommander de la façon la plus pressante de l'éviter.

Après extinction de la réaction, c'est-à-dire huit à quinze jours après la dernière intervention, la cavité cruentée du labyrinthe doit être mise à l'abri des granulations exubérantes grâce à la solution de nitrate d'argent à 3-10 % introduite à l'aide d'un tampon d'ouate.

Une des questions les plus importantes à laquelle il faut répondre à propos du traitement des opérés de l'ethmoïde est la suivante : quel est l'état de l'accès endonasal vers le labyrinthe ethmoïdal ? Est-il aussi possible d'enlever par voie endonasale tout le tissu morbide ?

Je voudrais répondre à cette question en disant qu'à l'exception des cellules infundibulaires très haut placées, ou des cellules frontales, on peut évacuer parfaitement le reste du labyrinthe, en posant évidemment comme acquis d'avance qu'il

n'existe aucune anomalie de la cavité nasale faisant obstacle à l'intervention : nez trop étroit, déviation de la cloison. Dans ce dernier cas, on peut du reste se faire assez de jour après résection sous-périchondrale de la cloison. Ce n'est que si les cellules infundibulaires étaient très atteintes, que je considérerais *a priori* la méthode endonasale comme inapplicable et préférerais une méthode externe d'opération. Si utile que soit la méthode endonasale mentionnée dans la suppuration accompagnée d'inflammation polypoïde de la muqueuse nasale, néanmoins son utilité est très discutable quand il s'agit de suppurations ethmoïdales se déroulant avec le cadre de l'ozène. Dans ces dernières formes j'emploie une opération endonasale dans les cas seulement où l'empyème est distinctement circonscrit ou quand il existe un empyème clos qui provoque des phénomènes menaçants.

Dans les suppurations diffuses ouvertes, je n'opère plus par principe, car le résultat obtenu n'est pas du tout en rapport avec les difficultés du traitement.

Le curetage endonasal du labyrinthe ethmoïdal ne convient naturellement qu'aux cas d'empyème dans lesquels il n'existe pas encore de complications sérieuses du côté de l'orbite. Quand il y a nécrose de la lame papyracée, infiltration de l'orbite ou même abcès de l'orbite ou soupçon de début d'une complication cérébrale, il faut opérer par voie externe, bien que je doive expressément faire ressortir, comme je l'ai déjà fait dans mes publications parues jusqu'ici, que l'on peut faire souvent disparaître par méthode endonasale des infiltrations orbitaires au début. Comme méthode la plus commode pour l'opération externe du labyrinthe ethmoïdal, je citerai l'ouverture du labyrinthe après résection de l'apophyse orbitaire du maxillaire supérieur, telle que Killian l'indique comme partie essentielle de son opération sur le sinus frontal. Ici aussi l'incision est identique à celle de l'opération sur le sinus frontal, seulement alors l'incision de la partie latérale du sourcil est inutile. La voie orbitaire telle que l'indique Guisez amène aussi au but; évidemment une telle opération a souvent une marche atypique, car la charpente osseuse peut, par suite des effractions, être nécrosée sur une étendue variable, ce qui rend nécessaire une individualisation de l'opération.

IV. — **Sinus sphénoïdal.**

Le traitement de la sinusite sphénoïdale aiguë coïncide pour la plus grande partie avec celui exposé à propos des autres sinus. La plupart des cas d'inflammations aiguës cèdent à l'aspirine accom-

pagnée du repos au lit, la peau restant sèche. Les stagnations intermittentes de la sécrétion sont souvent supprimées passagèrement par dégagement de la fente olfactive à l'aide du tampon à la cocaïne-adrénaline. Du reste, dans la sinusite sphénoïdale aiguë, la stagnation ne sera presque jamais considérable, car même avec imperméabilité complète de la fente olfactive, l'écoulement reste libre vers le nez dans le récessus sphéno-ethmoïdal.

Pour ce qui concerne le lavage du sinus sphénoïdal dans la sinusite aiguë, je voudrais exprimer l'opinion que l'on ne doit faire ces lavages que lorsqu'on peut introduire la canule sans trop de difficulté. Dans le cas contraire, il vaut mieux s'en abstenir ; la pénétration en avant difficile de la canule pourrait provoquer facilement un traumatisme et le gonflement réactionnel consécutif est plus nuisible que n'a été utile le lavage éventuel. Jusqu'ici, ce n'est que dans un seul cas qu'à cause de très violents symptômes j'ai été obligé dans un cas subaigu de réséquer l'extrémité postérieure du cornet et de faire, coûte que coûte, le lavage du sinus sphénoïdal. Dans ce cas, un bouchon de sécrétion ayant subi l'épaississement caséeux était placé dans l'*ostium* sphénoïdal. Après l'avoir enlevé, je pus faire un lavage parfait les jours suivants et la guérison se produisit en quelques jours.

Autrement, il faut bien se souvenir que les cas aigus de sinusite sphénoïdale ne demandent presque jamais une intervention énergique, et que cette dernière n'est presque toujours indiquée que dans le scas chroniques.

Les mesures thérapeutiques endonasales à considérer dans les affections sphénoïdales chroniques sont :

a) le lavage et la cautérisation au nitrate ;

b) la résection de l'extrémité postérieure du cornet moyen ;

c) la dilatation de l'ostium sphénoïdal ;

d) la résection large de la paroi antérieure.

a) Pour les lavages dans les sinusites sphénoïdales suppurées chroniques, il faut faire ressortir qu'ils n'amènent que rarement au but. Le drainage doit être continu, alors le processus peut guérir. Mais il ne faut attribuer au lavage en tant que tel qu'une importance accessoire, ne faisant qu'aider la guérison. Le lavage doit aider les autres facteurs servant au traitement de l'empyème sphénoïdal, mais il ne peut les remplacer.

b) A mon avis, la résection de l'extrémité postérieure du cornet moyen, l'ablation des extrémités postérieures éventuellement très hypertrophiées de ce même cornet et d'hypertrophies éven-

tuelles dans la région du récessus sphéno-ethmoïdal ont une importance beaucoup plus grande. Les interventions opératoires dans ladite région ont pour le traitement et la guérison des cavités accessoires de la deuxième série (sinus sphénoïdal et labyrinthe ethmoïdal postérieur) la même signification et la même importance que la résection de l'extrémité antérieure du cornet moyen et le curetage des hypertrophies du méat moyen. Dans un grand nombre de cas d'empyème sphénoïdal chronique, j'ai vu survenir la guérison grâce à la mise à nu de la paroi antérieure, c'est-à-dire par la suppression de tous les obstacles à l'écoulement ; naturellement la guérison n'eut pas lieu en quelques jours, mais il fallut des semaines et des mois. Les lavages employés en cette circonstance n'ont, comme je l'ai déjà dit, aucune importance spéciale.

c) *La dilatation de l'ostium sphénoïdal.* Cette intervention est nécessaire dans tous les cas où l'ouverture est relativement trop étroite pour l'écoulement spontané de la sécrétion peu fluide. Il y a diverses méthodes pour dilater l'ouverture : 1° mon crochet; 2° les emporte-pièces construits par divers auteurs; 3° le moteur électrique. Il est difficile de dire quelle est la plus recommandable de ces méthodes.

En dehors de la prédilection des auteurs pour tel ou tel instrument, cela dépend de la constitution individuelle de chaque cas. Je voudrais établir un seul postulat absolu pour la dilatation de l'ostium sphénoïdal ou la création d'une nouvelle ouverture dans le sinus : que, au début, la paroi antérieure du sinus est *a priori* abordable, ou qu'on doit ultérieurement la mettre à découvert par résection du cornet moyen. Car, j'estime qu'il est aussi risqué qu'inutile de vouloir pousser vers le sinus frontal à travers l'étroite fente olfactive et d'opérer en dehors du contrôle de la vue.

Inutile, parce que même dans le cas où l'on réussirait à faire une ouverture dans le sinus, il est difficile de la maintenir ouverte d'une façon permanente. On n'y réussit malheureusement pas toujours, alors même que la paroi antérieure du sinus étant d'accès facile, nous pouvons voir l'ostium sphénoïdal ; à plus forte raison, la réussite est-elle chanceuse quand l'ostium est invisible.

La grande tendance que l'ostium sphénoïdal dilaté a à se rétrécir rapidement est aussi le motif pour lequel toutes nos tentatives faites dans le but de le dilater ne font, en dernière analyse, qu'empêcher la guérison de l'affection sinusienne.

d) Large résection de la paroi antérieure du sinus sphénoïdal.

L'étroitesse du récessus sphéno-ethmoïdal accessible par voie endonasale met une borne naturelle à nos tentatives et à notre désir de vouloir créer dans la paroi antérieure du sinus une grande ouverture qui ne se rétrécisse plus. Pour atteindre dans toute sa largeur la paroi antérieure du sinus, j'ai proposé, vous le savez, de mettre d'abord à nu la partie ethmoïdale de la paroi antérieure du sinus sphénoïdal en enlevant les cellules ethmoïdales postérieures. On doit accorder évidemment que la mise à découvert de la paroi antérieure du sinus sphénoïdal exige généralement la résection d'une grande partie du cornet moyen et le sacrifice des cellules ethmoïdales postérieures. On réussit alors, grâce à des instruments *ad hoc*, tels que nos emporte-pièces pour les sinus sphénoïdaux, auxquels j'en puis ajouter un nouveau, mobile dans toutes les directions, à enlever la majeure partie de la paroi antérieure du sinus et à créer, de façon permanente, une ouverture mesurant plus d'un centimètre de diamètre. Une ouverture ainsi faite ne se rétrécit ultérieurement que d'une façon peu marquée ; elle permet de manière excellente l'inspection de l'intérieur du sinus et l'ablation soigneuse et prudente des parties malades du revêtement muco-périosté de l'intérieur du sinus. Je me permets de faire circuler quelques dessins illustrant le *modus operandi* et montrant la grandeur de l'ouverture créée dans le sinus sphénoïdal. J'ai maintenant plus de vingt succès durables à l'actif de cette méthode. Ceux qui ont assisté au Congrès international de Vienne se souviennent des cas de guérison durable présentés par moi et dus à la méthode que je viens d'indiquer. Je vous montre ici encore un nouvel emporte-pièce construit par moi ; il a l'avantage d'avoir ses branches mobiles dans toutes les directions sans rien perdre pour cela de sa stabilité.

Le traitement ultérieur consiste principalement dans le contrôle de l'intérieur de la cavité et la suppression des granulations qui surgissent au bord de l'ouverture du sinus sphénoïdal.

L'opération radicale endonasale de ce sinus ne peut rencontrer de difficultés insurmontables que dans les nez très étroits par déviation de la cloison. Il faudra d'abord, dans ce cas, faire disparaître la déviation.

Je ne dirai que quelques mots du traitement du labyrinthe ethmoïdal postérieur. Le traitement ne doit ici progresser évidemment qu'après un diagnostic différentiel exact des empyèmes de la deuxième série. La résection de l'extrémité postérieure du cornet moyen est indispensable, pour le motif déjà, que sans elle

le diagnostic différentiel n'est presque jamais certain. On peut ici aussi opérer avec succès à l'aide des curettes employées pour l'ablation du labyrinthe ethmoïdal antérieur. Dans trois cas même, j'ai mis à nu une cellule ethmoïdale-sphénoïdale recouvrant le sinus sphénoïdal, ce qui est la meilleure preuve que dans beaucoup de cas, la méthode endonasale est capable de rendre les services les plus grands et les plus difficiles.

Dans certaines circonstances, l'opération radicale extra-nasale du sinus sphénoïdal sera aussi indiquée, et surtout dans les empyèmes multiples graves des autres sinus à cause desquels l'opération radicale externe est inévitable. Il y a pour cela trois méthodes à considérer :

1° Curetage du sinus sphénoïdal à la suite de l'opération radicale du sinus frontal et du labyrinthe ethmoïdal, après résection de l'apophyse frontale ; 2° Voie orbitaire de Guisez ; 3° Curetage du sinus sphénoïdal par le sinus maxillaire, méthode de Jansen et Furet. C'est le fait de telle ou telle cavité atteinte exigeant l'opération radicale qui indiquera la méthode à préférer.

Arrivé à la fin de mon exposé, je ne puis me défendre de l'impression désagréable d'avoir été bien loin de vous tracer un tableau complet. Je trouverai une excuse partielle, je l'espère, dans la disproportion de la brièveté du temps accordé avec l'étendue du sujet à traiter.

III

SUR UN SIÈGE DE GRANULOME TUBERCULEUX NON ENCORE DÉCRIT, SURTOUT AU POINT DE VUE DE L'HISTOGÉNIE.

Contribution clinique, anatomo-pathologique et histologique.

Par le Professeur **D. TANTURRI** (de Naples).

C. A., âgée de 62 ans, est née de parents sains; elle a toujours joui d'une bonne santé et n'a eu aucune maladie grave, sauf une adénite du cou dont elle souffrait à l'âge de 4 ans et dont elle guérit par une opération. Les règles ont été régulières jusqu'à la ménopause. Elle se maria à 22 ans et eut dix enfants bien portants ; en dernier lieu, elle fit une fausse couche. Un des enfants mourut de méningite et trois furent emportés par la diphtérie ; les autres sont en excellente santé. Parmi de nombreux petits-enfants, un est atteint d'une adénite strumeuse du cou et un autre d'anémie splénique. Il n'existe aucune tare syphilitique, ni affection héréditaire dans la famille.

Depuis un an environ, la malade se plaint d'une sensation de gêne à la gorge qui s'accentue lors de la déglutition et pour laquelle elle se résout à consulter un spécialiste. Nous l'examinons le 15 octobre 1907 et nous découvrons à l'examen laryngoscopique une infiltration de l'épiglotte et des aryténoïdes, surtout prononcée à droite, puis dans le sinus piriforme droit, une masse néoplasique (voir figure 1) de la dimension d'une noix, d'un rouge sombre, qui apparaît sous le repli ary-épiglottique droit et s'avance jusque derrière l'aryténoïde auquel elle n'adhère pas. A l'exploration digitale, je remarque que la masse est dure et que l'espace glosso-épiglottique demeure libre. En présence du résultat de l'examen, tout en admettant que l'affection est probablement de nature tuberculeuse, bien que le fait soit exceptionnel chez une personne âgée, je demeure surpris de l'étendue de la lésion qui, par son siège et sa consistance donne l'impression d'un néoplasme à évolution rapide, et je complète mon examen en constatant que les glandes lymphatiques du cou ne sont pas infiltrées; le cou n'est pas sensible à la pression; toutefois, à titre d'épreuves, je prescris une cure mercurielle et des pulvérisations de résorcine. Au bout de 10 jours, je revois la malade ; l'état de la gorge n'a pas changé, sauf que la dysphagie est plus marquée et que l'infiltration aryténo-épiglottique a progressé. Bien que n'ayant pas rencontré de bacilles de Koch en examinant les crachats, et que l'inspection des organes thoraciques et abdominaux ne révèle aucune particularité pathologique, j'ai la conviction que la lésion laryngienne est de nature tuberculeuse. Sur mon conseil, au bout de 20 jours, la malade consulte le prof. Massei qui, partageant mes doutes sur la

nature du néoplasme, approuve mon projet d'extraire des fragments pour effectuer l'examen histologique et bactériologique et pour inoculer des animaux destinés aux expériences. En plusieurs séances, j'extrais la valeur d'une grosse noix, ce qui soulage beaucoup la malade sans apporter aucune modification à l'infiltration aryténo-épiglottique.

Dans l'intervalle, la malade a eu des accès de fièvre, le soir (38° à 39°) avec rémission nocturne et transpiration ; son état s'aggrave, tandis que l'auscultation et l'examen des crachats répétés à plusieurs reprises, fournissent toujours des résultats négatifs.

La malade succombe le 19 janvier 1908 sans avoir présenté de phénomènes de sténose laryngienne.

Recherches expérimentales. — On greffe directement dans la chambre intérieure de l'œil de deux lapins des parcelles du néoplasme recueillies au moyen de la pince de Kœnig, sans cocaïnisation, après avoir seulement lavé la région à l'eau stérilisée.

Les deux lapins meurent ; l'un est enlevé le neuvième jour par une méningite exsudative ; l'autre succombe au bout d'un mois à une méningite tuberculeuse.

Examen histologique et bactériologique. — Fixation dans l'alcool et coloration par l'hématoxyline. Le tissu connectif juvénile présente dans l'ensemble un aspect uniforme, qui écarte toute idée d'altération pathologique. Les vaisseaux néoformés vides ou remplis de sang constituent la note prédominante. Les vaisseaux ne sont ni très nombreux, ni très développés ; on ne remarque ni lacunes, ni espaces lymphatiques, ni groupes adénoïdiens, ni ganglions. Assez souvent on distingue à la surface épithélio-pavimenteuse, certaines parties lacérées ; sur les points bien conservés, on voit des jets très clairs qui se projettent à l'intérieur du tissu connectif. Toutefois il n'existe ni lacunes épithéliales, ni groupes épithéliaux individualisés dans le corps du néoplasme, ni cellules épithéliales gisant dans le tissu connectif, ce qui dénote que nous n'avons pas affaire à une néoformation épithéliale, même à la phase papillomateuse primitive.

Les cellules ne présentent ni la forme cylindrique, ni la forme prismatique et on n'observe pas entre elles d'enfoncements épithéliaux. Nous pouvons également exclure l'adéno-carcinome, vu l'absence de structure glandulaire, qui tout en n'étant pas manifeste, devrait être conservée sur certains points.

On est frappé de la présence de tubercules dans le tissu connectif ; bien qu'en petit nombre, on les retrouve constamment au microscope. Sous l'influence de l'invasion des bacilles tuberculeux (nous verrons par quelle voie) les éléments cellulaires du tissu connectif normal, subissant l'action de ces bacilles donnent

naissance par la voie des cellules fixes du tissu connectif (fisso-

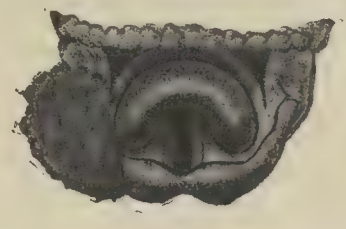


Fig. 1.
Lésion tuberculeuse du vestibule et aspect du granulome à l'examen laryngoscopique.

blastes) soit aux cellules géantes (voir figure 2), soit aux épithéliaux (voir figure 2).Tout en découvrant des bacilles tubercu-

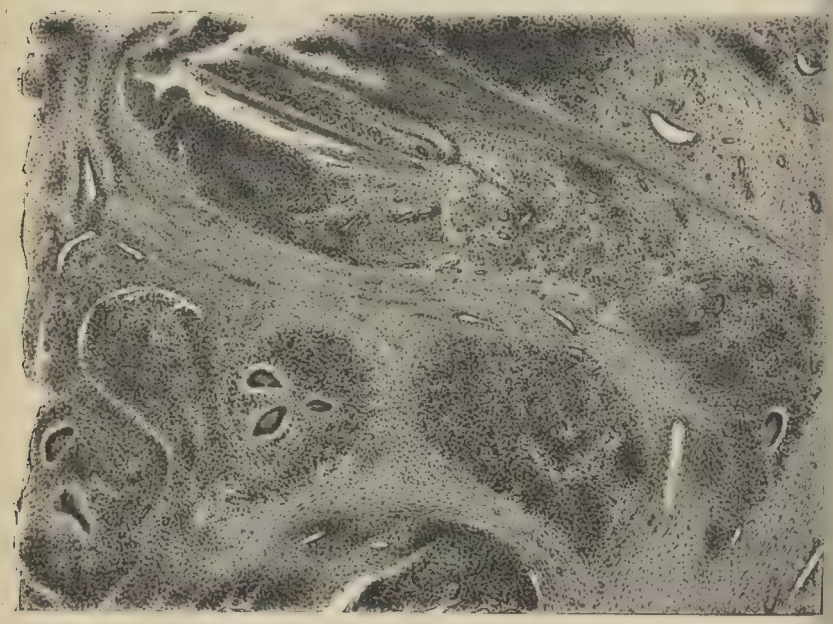


Fig. 2.
Le néoplasme légèrement agrandi ; on voit des tubercules typiques et des cellules géantes en abondance (Zeiss obj. A. A. oc. 4 Comp.).

leux (procédé Gabett-Ziehl) dans certaines régions intracellulaires (voir figure 3) nous n'en rencontrons aucun sur la paroi

vasculaire et ainsi nous n'observons pas l'exsudat leucocytaire dit inflammatoire; surtout parce que les éléments bactériens sont renfermés dans les espaces lymphatiques. Ainsi nous sommes en présence d'un processus tuberculeux de nature productive; il nous est impossible d'affirmer si le bacille tuberculeux a pénétré dans la gouttière pharyngo-laryngienne par un moyen mécanique. Toutefois nous ne trouvons pas d'exsudat

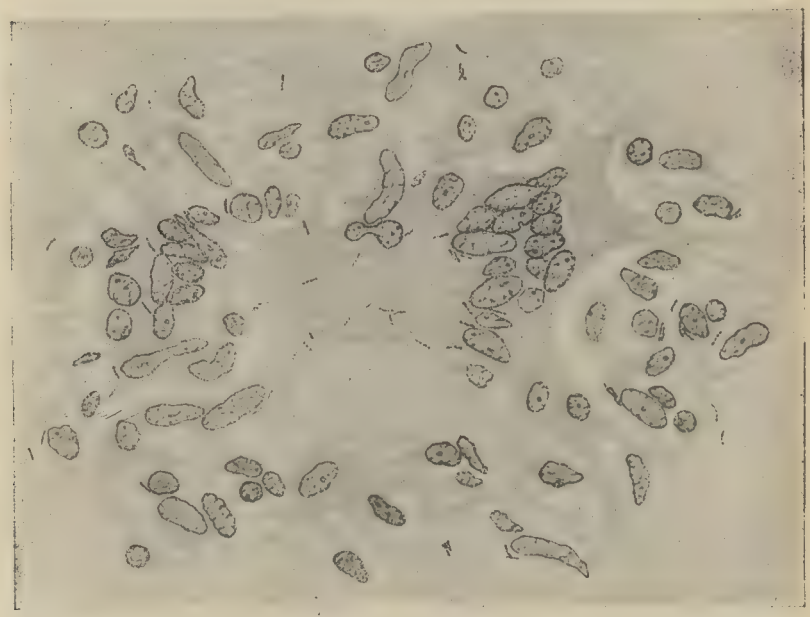


FIG. 3.
Cellule géante à un fort grossissement. Coloration des bacilles (Zeiss, Imm. 1,5. Ouvert 1, 30; fermé 4 Comp. 6).

fibrineux au voisinage des tubercules et dans le tissu connectif qui les environne. L'examen histologique du néoplasme de notre malade démontre donc qu'il s'agit d'un amas de tubercules typiques enveloppés d'un tissu connectif de formation récente, sans que d'autres entités pathologiques ne modifient la physionomie véritable de cette néoformation complexe qui appartient aux formes néoplasiques hétérotypiques, si nous considérons comme homotypiques les tumeurs qui représentent un accroissement anormal de tissu égal à celui sur lequel elles sont implan-

tées. Pour toutes les raisons, nous nous trouvons en présence d'une véritable tumeur granuleuse ou infectieuse, c'est-à-dire d'un granulome tuberculeux (tuberculome).

Siège. — Le néoplasme envahissait le sinus piriforme ou gouttière pharyngo-laryngienne du côté droit; il l'occupait presque totalement, sans englober le sillon glosso-épiglottique et en dégageant complètement les amygdales palatine et linguale du même côté. Ainsi qu'il résulta de l'exploration digitale, le néoplasme se logeait dans l'espace pharyngo-laryngien et pénétrait si profondément qu'il était impossible de l'entourer.

En combinant une rencontre entre la cavité interne et la face latérale du cou, vers l'angle du maxillaire inférieur, on ne pouvait circonscrire le néoplasme par suite de la résistance de l'aponévrose cervicale supérieure et médiane. On remarquait une infiltration de l'épiglotte et de l'aryténoïde droit (déjà observée le 10 octobre 1907) qu'il ne faut pas confondre avec un œdème collatéral, attendu que l'épiglotte et l'aryténoïde présentent des infiltrations semblables, mais n'ont ni un aspect gélatiniforme, ni une coloration grisâtre ; tous deux quoique peu hypertrophiés et déformés dans l'ensemble ont en effet une coloration rouge avec quelques points ulcérés.

Ces constatations s'accorderaient avec les idées émises par Heinze, Gouguenheim et Tissier, qui envisagent comme la manifestation la plus fréquente, l'infiltration des aryténoïdes et de l'épiglotte dans la moitié ou le tiers des cas.

Quand on porte rapidement son attention sur le lieu d'élection de la tuberculose dans le larynx, on note d'abord les infiltrations des aryténoïdes et de la région inter-aryténoïdienne, des cordes vocales fausses et vraies, de l'épiglotte. Plus répandues sont : la périchondrite crico-aryténoïdienne, les ulcérations des cordes vocales vraies, de la région inter-aryténoïdienne, sur le bord de l'épiglotte ; la forme végétante à l'angle de la commissure, sur fausses cordes et les ventricules de Morgagni, sur les aryténoïdes ; la forme desquamative (pachydermie de Virchow) attaque de préférence la région inter-aryténoïdienne. Jusqu'à présent, je n'ai pas trouvé de tumeurs granulomateuses tuberculeuses extra-laryngiennes, du sinus piriforme en particulier.

Nul n'ignore que les tumeurs tuberculeuses du larynx sans signes particuliers ont été déjà décrites ; pour demeurer en Italie, je dirai que Massei présenta, en 1900, au Congrès de la Société italienne de Laryngologie, Rhinologie et Otologie qui se réunit à Naples, un volumineux tuberculome (observation Serra) découvert chez un malade atteint de phtisie pulmonaire ;

au même Congrès, Mongardi rapporta un cas de tumeur de la corde vocale droite enlevée à un individu porteur de bacilles de Koch, que l'on retrouva dans la tumeur. Au récent congrès de Rhino-laryngologie tenu à Vienne en 1908, Massei a relaté l'observation d'un nommé Gennarelli, affecté d'une tumeur tuberculeuse pédiculée géante : le malade était tuberculeux et à l'examen histologique on reconnut que la tumeur était exclusivement formée de tubercules. Chez les malades de Massei et de Mongardi, après l'opération, le larynx apparut indemne au point qu'on ne pouvait distinguer, au laryngoscope, le point d'implantation de la tumeur.

Contrairement aux néoplasmes proprement dits, la forme végétante occupe des sièges que souvent le couteau du chirurgien ne peut aborder. Dans notre cas, nous ne pûmes exciser la totalité de la tumeur, à raison de son siège, de sa forme et aussi parce que la rapidité de la crise nous empêcha de compléter l'intervention.

Entité du néoplasme. — A la suite des recherches cliniques, et anatomo-pathologiques de Massei et de ses élèves, l'École laryngologique napolitaine distingue depuis longtemps les formes cliniques suivantes de tuberculose laryngienne :

1° La forme ulcéreuse, représentée par des ulcérations localisées dans une ou plusieurs régions du larynx ; 2° la périchondrite tuberculeuse (aryténoïdienne de préférence) sans ulcérations ; 3° l'infiltration des cordes vocales ; 4° le dépôt de tubercules miliaires sous forme de granulations sur les cordes vocales ; 5° la forme polypeuse et végétante.

Ces formes anatomo-pathologiques donnent naissance à des phénomènes cliniques très divers qui peuvent se subdiviser ainsi : 1° Formes latentes évoluant sans provoquer de sténose laryngienne (la forme ulcéreuse rentre dans ce cadre, de même que les granulations miliaires qu'on voit sur les cordes). 2° Formes engendrant la sténose (périchondrite) : infiltrations des cordes vocales, forme polypeuse et végétante.

Il est donc impossible de nier l'existence de véritables néoplasmes tuberculeux, c'est-à-dire formés exclusivement de tubercules à la phase d'évolution, qui finissent par revêtir la forme, l'apparence, la dimension et occuper le siège de tumeurs de nature différente. Notre cas confirme cette assertion, attendu qu'il ne s'agit pas d'un cancer développé sur une lésion tuberculeuse préexistante comme les formes tuberculo-cancéreuses, qui constituent un véritable hybridisme.

Devergie dès 1854, puis Weber (1859), Lang (1874), Lewin,

Orth (1875), V. Tanturri (1875), Kaposi (1879) et ensuite Waldeyer-Thomas, Busch, Friedlaender, ont pu suivre l'évolution d'un lupus à dégénérescence épithéliomateuse ; plus récemment, Bidault, Rémond, Vidal, Leloir et Desbonnets ont également vérifié ce fait.

En 1890, Garré publia la première observation de lupus du larynx ayant subi la transformation cancéreuse : Baumgarten et W. Crone ont étudié une combinaison cancéro-tuberculeuse survenue sur la muqueuse laryngienne. Zenker en 1891, relata deux autres cas, l'un d'épithélioma pavimenteux à cellules plates avec petits foyers tuberculeux au centre, le tout formant une tumeur grosse comme une noisette, implantée sur une corde vocale.

Je n'entamerai pas ici la discussion pathogénique, mais en général on peut dire que l'épithélioma se greffe sur la lésion tuberculeuse ; toutefois, cette hypothèse histopathologique qui a été soutenue avec ardeur par l'École française, a été contestée et même niée par Ribbert. Il est vrai que notre cas ne concerne pas une association tuberculo-cancéreuse. A l'Institut pathologique de Breslau, sur 6536 autopsies, Lubarsch a trouvé 2262 tuberculeux, parmi lesquels 117 étaient cancéreux (4,4 °/₀) ; sur les 3868 non tuberculeux, 452 étaient cancéreux (11,7 °/₀) ; parmi 569 cancéreux, on découvrit 117 tuberculeux (20,6 °/₀) ; sur 5697 non cancéreux, 2251 étaient tuberculeux (42,7 °/₀). Les récentes recherches de Zenker, Cordua et Loeb confirment celles de Lubarsch. Ainsi la combinaison des deux types pathologiques est assez fréquente et on l'observe souvent dans le larynx (Lépine, Ariza, Max Schaeffer, Masse, Cartaz, Gouguenheim et Glover, Avellis, Muschold, Clark, Bronner, Grœnbeck-Thomson, Mathieu, Jakins, Wolfenden). C'est sous cette rubrique qu'ont été consignées dans la littérature, toutes les combinaisons tuberculo-cancéreuses éventuelles : *a*) cancer métastatique implanté sur un foyer tuberculeux récent ou ancien ; *b*) injection secondaire due aux bacilles de Koch survenant au cours d'un cancer en pleine évolution ; *c*) cancer développé sur une tuberculose progressive chronique ; *d*) évolution simultanée du cancer et de la tuberculose. Les observations de Bar, Garel et Nicolaï ressortissent à cette catégorie.

Vis-à-vis de ces associations pathologiques, notre cas revêt une importance clinique peu commune. La situation du néoplasme aurait fait pencher pour l'épithélioma, bien que ce dernier envahisse plus fréquemment l'intérieur de la cavité laryngienne ainsi qu'une partie des amygdales palatine ou linguale ou parfois de la gouttière œsophagienne ou du sillon pharyngo-laryngien.

Nous sommes ici en présence d'un néoplasme qui envahit cette gouttière, mais ne tire pas son origine des amygdales palatine et linguale : l'aryténoïde et l'épiglotte sont simultanément infiltrés ; nous aurions dû admettre l'existence d'une lésion tuberculeuse du larynx et d'un épithélioma péri-laryngien.

Nature primitive de la lésion. — L'examen clinique du thorax et des organes internes, l'analyse microchimique des crachats, l'anamnèse reculée ou immédiate, l'historique de la lésion, démontrent clairement que l'affection appartient à la forme tuberculeuse primitive.

Admise avec beaucoup de méfiance et même niée au début (Ziemssen, Klebs, Mackenzie), la tuberculose laryngienne primitive est actuellement reconnue aux points de vue clinique, anatomo-pathologique et expérimental.

Trousseau et Belloc, Ter Matten, Rühle, Waldenburg, Schech ont soutenu l'existence d'une tuberculose primitive du larynx, mais Orth, Fraenkel, Pogrebinski, s'appuyant sur des preuves anatomiques, Massei et son école d'après des données cliniques, et encore plus Martuscelli se basant sur des recherches expérimentales (ce dernier obtint la tuberculose laryngée primitive chez des animaux servant aux expériences) ont affirmé l'existence de cette forme morbide plus répandue qu'on ne le pensait. Parfois aussi la forme végétante qui assume l'apparence d'un véritable néoplasme à l'intérieur du larynx peut être primitive.

Age. — C'est surtout entre vingt et quarante ans que l'on rencontre les lésions bacillaires du larynx ; par suite de propriétés extraindividuelles, cette fréquence dépend du degré de péril infectieux auquel sont soumis les différents âges. Sur 1266 tuberculeux observés, 1010 avaient de 20 à 40 ans (Mackenzie Rosenberg, Lake, Guarnaccia), 75 avaient moins de 20 ans et 40 plus de 50 ans. Cette donnée statistique se vérifie dans toutes les cliniques. La rareté de la maladie au-dessus de 50 ans doit être envisagée à un autre point de vue, il est rare que des tuberculeux atteints de lésions graves atteignent cet âge. La plupart des statistiques omettant de signaler si les lésions bacillaires du larynx étaient primitives ou secondaires, récentes ou d'ancienne date, en évolution ou en régression, il faut conclure que les rares malades âgés constituent les survivants d'une affection grave et que leur lésion est para-tuberculeuse. Chez notre malade, âgée de 62 ans on est frappé de la forme primitive de la lésion tuberculeuse qui semble un néoplasme véritable. Il est avéré que le sexe masculin est plus exposé à la phtisie laryngée que le sexe féminin et cela dans la proportion de 3 à 2, la raison

en est dans le danger plus fréquent des traumatismes et des infections et non dans la susceptibilité atténuée ; au contraire pour la tuberculose des muqueuses et de la peau, les femmes sont plus souvent atteintes ainsi que le prouve la statistique de Bloch (sur 114 cas de lupus, 26 concernaient des hommes et 68 des femmes). Les statistiques de Mackenzie, Schmidt, Heinze, Krause, Jurasz, Lublinski et Lake montrent la supériorité de la morbidité laryngienne pour le sexe féminin qui généralement est frappé par des formes infiltrantes.

Histogénèse. — Désirant diviser la pathogénie de la bacillose laryngienne par rapport au mode de pénétration des germes tuberculeux en voie endogène (inspiration) et exogène (expiration et véhiculation des crachats bacillifères par les lymphatiques et le sang), étant donné les cas isolés de formes végétantes consignés dans la littérature, on peut admettre que ceux-ci appartiennent à la première catégorie quoique toujours la masse néoplasique endolaryngienne provienne du stimulant cellulaire produit par le bacille. Pour notre malade, la pathogénie du tubercule originaire d'un tissu topographiquement isolé est d'une importance capitale. Il faudra distinguer l'état physiologique des conditions anatomiques pour voir que notre cas est loin d'être commun. Au point de vue physiologique la gouttière pharyngo-laryngienne constitue un demi-conduit qui, dans les mouvements de déglutition sert à véhiculer les crachats, les aliments et les liquides dans l'œsophage, sans les laisser s'écouler dans le vestibule laryngien ; en effet si nous observons la déglutition nous comprenons le rôle que joue cette gouttière; il semble difficile qu'elle retienne la matière tuberculeuse inspirée, étant donné que la fonction continuelle représente une antisepsie incessante. Anatomiquement, cette gouttière ne renferme ni ganglions, ni lymphatiques; on sait que pas plus l'anneau de Waldeyer qu'une de ses dérivations n'atteint cette région, pas plus que les lymphatiques qui unissent l'amygdale linguale à l'amygdale palatine et cette dernière avec l'amygdale tubaire et la fossette de Rösenmuller n'ont rien de commun avec la région en question. Ainsi la pathogénie de cette lésion demeure encore plus obscure ; on suppose que plutôt que l'inspiration de substances infectées, ce sont les germes qui habitent notre organisme et en particulier le cavum pharyngien qui engendrent la lésion. De fait nous n'avons pas eu affaire à une forme évidemment active, mais la néoplasie s'est développée lentement chez notre malade. L'étude des maladies infectieuses d'après les idées modernes, traitée avec ampleur au point de vue de la pathologie

générale par Lustig, certains microorganismes et leurs produits (tuberculose, syphilis, lèpre, fièvre typhoïde, actinomycose) peuvent engendrer de véritables néoplasmes, des néoformations pathologiques qui prennent place dans le chapitre des tumeurs infectieuses ou granuleuses.

Epicrise. — D'après cette division scientifique, nous trouvons dans la catégorie des tumeurs infectieuses dues au bacille tuberculeux les granulomes tuberculeux. Nous classerons ainsi le néoplasme qui nous occupe et qui est remarquable par son siège, sa forme et sa nature primitive, trois conditions qui m'autorisent d'un côté à considérer ce néoplasme comme inédit, mais qui engageront avant de poser un diagnostic à entreprendre des expériences de laboratoire. On voit que la clinique nous réserve les plus grandes surprises.

BIBLIOGRAPHIE

1. Ariza. *Ann. Mal. Or. et Lar.*, 1885.
2. Avellis. *Ann. Mal. Or. et Lar.*, 1892.
3. Baumgarten. Hist. und Histrgen. des Tuberkels, Berlin, 1885. Arbeiten auf dem Gebiete der Path. Anat. und Bakter., Leipzig, 1901.
4. Bidault. Du lupus compliqué d'épithélioma (Thèse de Lille, 1886).
5. Bronner-Grönbeck. *Ann. Mal. Or. et Lar.*, 1897.
6. Cartaz. *France Médicale* ; analyse in *Ann. Mal. Or. et Lar.*, 1890.
7. Clark. *Ann. Mal. Or. et Lar.*, 1896.
8. Cornet. *Traité de Physiologie*, 1900.
9. Cordet. Arbeit aus dem Path. Inst. zù Gœttingen, 1893.
10. Crone et Baumgarten. Arbeiten aus dem Pathol. Inst. zù Tubingen, Bd II.
11. Desbonnets. Épithélioma et lupus (Thèse de Paris, 1894).
12. Fraenkel. *Deuts. Med. Woch.*, n° 28, 1886.
13. Friedlaender. *Virchow's Archiv.*, Bd LX.
14. Garré. Beitr. zùr klin. Chir. von Prof. Bruns, Bd III.
15. Gouguenheim. Congrès Médical de Rome, 1894.
16. Gouguenheim et Glover. *Ann. Mal. Or. et Lar.*, 1890.
17. Grœnbeck. *Ann. Mal. Or. et Lar.*, 1902.
18. Guarnaccia. Tubercolosi laringea e sua cura, Catania, 1904.
19. Heinze. Kehlkopfschwindurcht, Leipzig, 1879.
20. Heryng. La curabilité de la phtisie du larynx, Paris, 1888.
21. Klebs. Die kausale Behandlung der Tuberkulose, L. Voss, éditeur, 1894.
22. Kruse. Behandlung des Kehlkopfes bei der Tuberkulose Dissert. Gœttingue, 1892.
23. Jakins. *Philadelphia Med. News*, 1895.
24. Lake. *Laryngeal Phtisis*, London, 1901.
25. Lennox Browne. Maladies du larynx, Paris, 1891.
26. Lépine. *Ann. Mal. Or. et Lar.*, 1879.
27. Lœb. Thèse de Munich, 1889.
28. Lubarsch. *Virchows'Archiv. f. path. Anat.*, Bd III.
29. Lublinski. Ueber den Kehlkopf. *Deuts. Med. Zeil.*, 1878.
30. Lustig. Pathologia generale, Milano, 1902.

31. Mackenzie. Œuvres diverses.
32. Martuscelli. V^e^ congrès de la Société italienne de Laryngologie, Naples, 1900.
33. Massei. Ouvrages divers.
34. M. Schaeffer et Nasse. *Deuts. med. Woch.*, 1887.
35. Mongardi. V^e^ congrès de la Soc. Ital. de Lar., 1900.
36. Musehold. *Ann. Mal. Or. et Lar.*, 1895.
37. Orth. Lehrb. der Pathol. Anat., 1887.
38. Rémond. *Ann. de Dermatol.*, 1887.
39. Pogrebinski. Medycyna, Varsovie, 1887.
40. Rosenberg. Die Krankheiten der Mündhoehle, Rachen u. Kehlkopf, Berlin, 1893.
41. Rühle. Die Kehlkopf-Krankheiten, Berlin, 1861.
42. Schech. Die Tuberkul. Erkrank. des Kehlkopfes (Heymann's Handbuch, 1898).
43. Schmidt. Die Krankheiten der oberen Luftwegen, Berlin, 1897.
44. Tanturri (V.). Il lupus (Morgagni, 1875).
45. Thomson. *Ann. Mal. Or. et Lar.*, 1904.
46. Trousseau et Belloc.Traité de la phtisie laryngée, Paris, 1837.
47. Wolfenden. *Journ. of. Lar.*, 1892.
48. Zenker. *Deuts. Arch. f. klin. Med.*, 1891.
49. Ziemssen. Handbuch, Bd 4.

IV

LA NEURASTHÉNIE

DANS SES

Rapports étiologiques avec les rhino-pharyngites chroniques

Par **ROYET** (de Lyon).

La neurasthénie est-elle une forme nosologique légitime ?

La plupart des auteurs se sont posé cette question et leurs réponses appuyées sur des arguments d'égale valeur sont contradictoires. Il faudrait pour résoudre ce problème rattacher la neurasthénie à une étiologie ou à une anatomie pathologique bien définie de façon à en éliminer tous les éléments qui lui ont été attribués à tort.

Les causes auxquelles on a rattaché cette maladie sont d'ordre banal et se trouvent dans les énumérations pathologiques de toutes les autres névroses. Quelque importance qu'on puisse leur attribuer elles sont incapables de déterminer la forme de la maladie et ne peuvent être considérées que comme causes adjuvantes.

Cette communication a pour but de démontrer qu'il est une importante catégorie de cas de neurasthénie qui sont sous la dépendance de certaines lésions du rhino-pharynx et que la plupart des symptômes importants de la neurasthénie sont rationnellement expliquables par l'action de ces lésions.

L'énoncé de semblable proposition peut paraître d'emblée paradoxal, mais il suffira de quelques considérations anatomo-pathologiques et cliniques pour en faire comprendre le caractère logique.

Établissons d'abord le fondement anatomique de la démonstration.

Pour qu'une lésion du naso-pharynx puisse produire des réactions aussi importantes et variées que celles de la neurasthénie, il faut qu'elle puisse avoir une action sur plusieurs organes importants de l'économie. C'est le cas en effet (je laisse de côté volontairement toutes les actions dites réflexes difficiles à expliquer parfois pour laisser à ma démonstration toute sa précision).

Considérons en effet les régions latérales du rhino-pharynx ; les rapports en sont d'une très grande importance.

Nous y trouvons la fossette de Rosenmüller dont la paroi antérieure est formée par la saillie de la trompe d'Eustache, ce qui donne aux maladies de cette fossette une très grande importance dans la pathologie auriculaire. En dehors et au voisinage immédiat du fond de la fossette est placé un important paquet vasculo-nerveux qui comprend : la carotide et la jugulaire interne, le ganglion cervical supérieur du sympathique, le pneumo-gastrique, le spinal, le glosso-pharyngien, l'hypoglosse. En dehors, et très près de ces organes, se trouve le ganglion lymphatique latéro-pharyngien puis plus loin, la parotide et le facial moins vulnérables en raison de leur éloignement.

Nulle part dans l'organisme un pareil ensemble d'organes importants ne se trouve aussi près d'une surface muqueuse qui réalise les meilleures conditions mécaniques pour l'établissement d'états inflammatoires chroniques.

Lorsque le rhino-pharynx subit une inflammation un peu vive la muqueuse augmente de volume. Celle qui recouvre la fossette de Rosenmüller retenue dans la profondeur par des faisceaux fibreux ne peut s'éverser et les parois antérieures et postérieures augmentent d'épaisseur, et arrivent plus ou moins au contact. En raison de la chute d'épithélium qui se fait par suite de l'inflammation quelques points de membranes appliquées l'une sur l'autre peuvent se souder à différents endroits. Cette soudure persistant au moment du dégonflement de la muqueuse, transforme la fossette de Rosenmüller en une cavité cloisonnée d'une façon irrégulière et par conséquent très favorable à la stagnation dans le fond de la fossette ou à sa partie inférieure de liquides physiologiques et pathologiques. Il résulte de ce fait que les organes situés à côté de la fossette sont soumis à l'influence constante d'une suppuration de voisinage ou à des conditions de gêne mécanique qui résultent soit des modifications de la muqueuse du pharynx, soit encore des variations de volume du ganglion latéro-pharyngien.

La profondeur des fossettes de Rosenmüller est très variable. Ces variations sont en rapport soit avec la conformation du crâne (brachycéphalie, dolichocéphalie, etc.) ; soit avec des arrêts de développement qui peuvent la prolonger en cul-de-sac souvent étroit à des profondeurs variables, ou la terminer par une sorte de canal qui aboutit au rocher ou à la parotide. Cette dernière disposition est certainement exceptionnelle, mais entre elle et une fossette de profondeur moyenne tous les degrés existent. C'est là une cause de production plus facile des cloisonnements dont je viens de parler et aussi de contact plus étendu avec le paquet vasculo-nerveux.

Ces dispositions pathologiques ne sont pas seulement une cause de stagnation permanente de sécrétion, mais aussi de rechutes indéfinies ou plutôt de paroxysmes d'accidents inflammatoires aigus à l'occasion du froid humide, de la fatigue, etc. Cela donne l'explication de la fréquence de la production ou de l'accentuation d'accidents neurasthéniques à la suite des maladies aiguës des voies respiratoires supérieures, dans la grippe en particulier.

Pour établir d'une façon plus exacte ma démonstration, je devrais passer en revue la physiologie de l'oreille, du ganglion cervical supérieur, du sympathique, du pneumo-gastrique, du spinal, etc. Mais ce serait une tâche beaucoup trop longue, ces questions étant traitées dans des ouvrages spéciaux. Je me contenterai donc de mettre en parallèle les symptômes principaux de la neurasthénie avec ceux qui peuvent dériver des troubles de fonctionnement des organes voisins du pharynx et du pharynx lui-même.

A. Symptômes qui dérivent du rhino-pharynx lui-même.

1° *Céphalées.* Dans les rhino-pharyngites aiguës ou chroniques, les céphalées sont un symptôme assez commun. Le siège de la douleur est surtout la région occipitale, mais souvent aussi la région frontale ou les deux simultanément. Elle se produit, quand il existe de la rétention de mucus ou de muco-pus dans des cavités naturelles dilatées ou dans des cavités accidentelles du toit du cavum. Elle cède très rapidement à l'ouverture de ces cavités. La localisation habituelle de la céphalée neurasthénique est également la même à l'occiput et à la racine du nez.

2° *Asthénie mentale.* L'obnubilation intellectuelle, l'impossibilité de fixer longtemps l'attention, la douleur de la pensée et aussi l'instabilité mentale qu'on observe souvent chez les neurasthéniques sont aussi l'apanage des maladies du nez et du cavum. Chez l'enfant, où ces symptômes prennent une forme plus brutale, ils sont bien connus sous le nom d'aprosexie. Ils sont communs aussi chez l'adulte avec les variations de forme qui déterminent des acquisitions psychiques plus étendues. J'ai eu l'honneur de faire une communication sur ce sujet au Congrès de Bruxelles.

3° *Accès d'asthme, oppression, hydrorrhée nasale, rhume des foins, toux dite nerveuse,* etc. Je me contente de cette énumération de symptômes qui bien que rapportés parfois à la neurasthénie n'en sont pas des signes fréquents. Ils figurent aussi dans la symptomatologie du rhino-pharynx.

B. Symptômes dépendant de l'oreille.

1° *Bruits subjectifs, bourdonnements, sifflements*, etc., communs dans la neurasthénie, sont un des symptômes les plus habituels des maladies d'oreille. On a bien cherché à distinguer les bruits dus à la neurasthénie par des différences de tonalités, mais comme dans les maladies de l'oreille les bruits sont des plus variés, il n'y a pas distinction possible entre les deux variétés de bourdonnement dont, à mon avis d'ailleurs, la nature est identique.

2° La *surdité* à elle seule aurait dû faire supposer, dans les cas qui la comportent, une identité de cause à l'ensemble des symptômes.

3° L'*hyperacousie*. Est-ce bien de l'hyperacousie vraie qu'ont voulu parler les auteurs qui ont indiqué ce symptôme dans la neurasthénie ? Ce symptôme est très rare, mais existe parfois cependant. Je crois que ce qu'on a voulu désigner est plutôt la sensibilité désagréable pour les sons un peu forts ou brusques, l'audition douloureuse qui est assez souvent accompagnée de diminution de l'acuité auditive et n'est pas plus de l'hyperacousie que la photophobie n'est une augmentation de l'acuité visuelle. Cette audition douloureuse fréquente dans les premières périodes des scléroses otiques rhinogènes est due à un trouble des organes de l'accommodation qui ne peuvent plus protéger l'oreille contre les sons trop forts. Elle correspond le plus souvent à une gêne dans la perméabilité de la trompe et disparaît, quand on fait cesser cette gêne.

Beaucoup de neurasthéniques craignent le bruit. Ils s'enferment parfois dans leur appartement seuls, pour éviter d'en entendre.

4° *Vertiges et déséquilibration*. Depuis plusieurs années j'ai cherché à démontrer que les vertiges sont la plupart du temps liés à l'existence de soudures de la trompe d'Eustache à la paroi postérieure du pharynx. Mes observations et mes résultats thérapeutiques m'ont confirmé depuis dans cette façon de voir et dans l'opinion qu'il n'y a de vertige que par l'intermédiaire de l'oreille périphérique ou cérébrale quelles que soient les causes gastriques ou autres qui peuvent aider à l'apparition de ce symptôme et qu'il y ait ou non d'autres symptômes otiques. Ceci s'applique, je crois, aux vertiges des neurasthéniques comme aux autres.

Il est rare qu'un malade atteint de vertige depuis peu de temps ne présente pas aussi d'autres symptômes de neurasthénie.

5° *Les phobies de l'espace* sont presque toujours des conséquences d'un état de vertige, que ce vertige soit constant ou qu'il ne détermine que par instant des crises nettes. Elles sont la complication psychique la plus fréquente du vertige et ne doivent pas en être séparées comme origine. Les vertiges et les phobies sont à peu près toujours inséparables d'un état permanent d'angoisse.

6° *L'angoisse* peut aussi apparaître comme symptôme isolé d'un trouble labyrinthique. Dans les maladies du pharynx et de l'oreille elle peut être interprétée de diverses manières et doit probablement pouvoir résulter de toutes les sensations cenesthésiques pénibles que peuvent provoquer ces maladies. L'angoisse labyrinthique paraît en tout cas un symptôme bien établi.

7° *L'anesthénie musculaire* qui a été considérée comme le symptôme principal de la neurasthénie est à peu près constante chez les vertigineux. Elle existe en dehors des périodes de vertige et chez eux comme chez les neurasthéniques elle n'est qu'un symptôme relatif. Si un vertigineux est distrait par quelque chose il cesse d'être asthénique. Il pourra, par exemple s'il habite la ville, ne plus se sentir faible quand il va à la campagne. Cette sensation d'asthénie est la traduction sensible d'un trouble du tonus musculaire à la régulation duquel concourt le labyrinthe. Cette action sur le tonus musculaire est mise en évidence par une expérience curieuse de Ewald. Un poisson vigoureux que quatre hommes pouvaient difficilement maintenir immobile dans un aquarium put l'être facilement d'une seule main après la section des nerfs de la huitième paire.

Cette expérience ne nous donne de renseignement que sur le phénomène moteur résultant, non sur le phénomène sensitif, mais nous sommes en droit de rapprocher ce fait d'expérience, de l'asthénie des vertigineux et de conclure que la sensation qu'ils éprouvent est la conscience d'un trouble réel du tonus.

8° *Sensation de casque.* Cette sensation qui est parfois confondue avec la céphalée en diffère pourtant presque toujours très nettement, car elle est une sensation de gêne et de pression pénible plutôt que de douleur. Elle est souvent associée à la céphalée. Elle se rencontre très souvent dans les maladies d'oreille à point de départ rhino-pharyngien dans les premières périodes. Elle peut aller de la simple sensation de plénitude ou de pression dans l'oreille à celle de pression latérale de la tête ou de casque ou de cordon. Elle peut être unilatérale. Elle est souvent la traduction d'un trouble de l'aération de la caisse et

par suite elle est souvent associée à l'audition douloureuse et cède comme elle au rétablissement de la perméabilité de la trompe d'Eustache.

9° *La sensation de vide de la tête* fréquente chez les malades atteints de vertige n'est peut-être qu'une forme atténuée de ce dernier symptôme. C'est une de celles qui impressionnent le plus les malades et qu leur fait redouter un accident cérébral.

C. Symptomes qui dépendent des organes situés sur les parties latérales du rhino-pharynx.

1° *Carotide et jugulaire.* Il est possible que, par exemple par suite du gonflement inflammatoire du ganglion latéro-pharyngien, un obstacle puisse être apporté à la libre circulation du sang veineux surtout, mais je n'ai pas constaté d'une façon certaine de symptôme nettement dû à cette cause et d'ailleurs ces symptômes pourraient rationnellement être rapportés aussi à l'action du ganglion cervical supérieur qui tient sous sa dépendance la circulation des centres nerveux.

2° *Symptômes dépendant des nerfs.* Ganglion cervical supérieur, glosso-pharyngien, pneumo-gastrique et spinal, grand hypoglosse.

a) *Insomnie.* Comme explication des symptômes les plus variés, on a usé, et surtout abusé, sans grand fondement physiologique des congestions et anémies du cerveau. Il est cependant un phénomène physiologique qui semble bien être en rapport avec des états particuliers de circulation encéphalique, c'est le sommeil. Cette fonction si souvent troublée chez les neurasthéniques l'est aussi parfois chez les gens atteints de maladies du rhino-pharynx. Cette insomnie disparaît d'habitude quand on traite d'une façon suffisante les parties latérales du pharynx, et cela très rapidement. L'insomnie est un accident très commun des obstructions du nez la nuit. A ce point de vue il est bon de rappeler que certaines maladies du nez déterminent des obstructions qui ne se manifestent que dans la position couchée, on peut donc quelquefois éliminer à tort le diagnostic d'insomnie par gêne respiratoire en se basant sur le mode de respiration dans la position debout. Mais il y a aussi chez les porteurs de lésions rhino-pharyngiennes des insomnies sans gêne respiratoire nocturne. Ce sont celles-là que je rapporte à l'action directe du ganglion cervical supérieur, parce que leur disparition par traitement des lésions de la fossette de Rosenmüller ne peut guère s'expliquer que par l'action de cet organe. L'insomnie peut être aussi le résultat d'un état permanent d'angoisse d'ori-

gine labyrinthique ou causée par les troubles de circulation cardiaque dont je vais parler.

b) *La tachycardie* commune chez les neurasthéniques s'observe assez souvent chez les malades porteurs de lésions rhino-pharyngiennes avec symptômes nerveux surajoutés. La rapidité du pouls est de 95 à 110 à la minute. Ce symptôme ne m'avait pas frappé auparavant, ou plutôt je l'avais à tort attribué à l'émotion de l'examen. Depuis quelques mois j'ai eu soin de faire compter le pouls, hors de chez moi, par le malade lui-même ou par quelqu'un de son entourage. Le pouls en temps ordinaire restait rapide comme au moment de mon examen.

c) *Palpitations* communes chez les mêmes malades ; elles se produisent par accès. Il semble au malade que le cœur frappe violemment la cage thoracique, cela dure quelques secondes ou quelques minutes et est accompagné d'angoisse notable. Les crises se produisent spontanément ou à la suite d'une émotion. Chez certains malades, ces accidents de tachycardie et de palpitations se produisent seulement à l'occasion d'inflammations aiguës du rhino-pharynx.

d) *Intermittences*. C'est un trouble cardiaque qu'il ne m'a été donné d'observer que rarement, toutefois je l'ai rencontré existant d'une façon indiscutable. Il y avait de l'arythmie et de fausses intermittences. Chez le malade auquel je fais allusion, le traitement rhinologique fit disparaître de suite les palpitations, au bout de quelques semaines l'arythmie, et plus tardivement la tachycardie. Ce dernier symptôme met en général assez longtemps à s'amender. Ces accidents cardiaques sont souvent accompagnés d'une angoisse très marquée. La tachycardie cependant est souvent bien supportée. Le symptôme angoisse que j'ai déjà indiqué à l'occasion du vertige est comme on le sait très souvent lié aux troubles de fonctionnement du cœur et surtout du plexus cardiaque. Il y avait chez les malades que j'ai observés des paroxysmes d'angoisse qui concordaient avec des palpitations, et aussi une anxiété permanente. Les crises d'angoisse à l'intensité près se rapprochaient comme forme de celles de l'angine de poitrine.

e) *L'émotivité* qui fait tant souffrir les neurasthéniques et les rend pénibles pour leur entourage peut aussi s'expliquer en partie par l'excitabilité cardiaque. Beaucoup de phénomènes physiologiques sont reversibles pour ainsi dire.

L'émotion qui cause des troubles cardiaques peut être déterminée et favorisée par l'excitabilité cardiaque. Une de mes malades était sujette à de véritables crises émotives pour les

motifs les plus futiles, par exemple pour une difficulté à boutonner une pièce de ses vêtements.

f) *La sensation de l'attente anxieuse* est souvent un état constant entre des paroxysmes émotifs et a comme ceux-ci pour cause, des sensations cénesthésiques anormales dont les principales se rapportent au plexus cardiaque.

Est-ce par l'intermédiaire du ganglion cervical supérieur ou du pneumo-spinal qui se produisent ces troubles moteurs et sensitifs du cœur? Pour une raison anatomique, la protection du pneumo-gastrique par la gaine des vaisseaux, j'incriminerais plus volontiers une excitation anormale du ganglion cervical supérieur. Mais il est bien difficile de séparer l'action de ces deux nerfs.

g) *Troubles digestifs.* Est-ce aussi à un fonctionnement anormal de ces deux nerfs qu'on peut rapporter les troubles digestifs si communs chez les neurasthéniques et aussi chez les gens atteints de rhino-pharyngite chronique? Pour ces derniers, on a invoqué surtout la déglutition constante de mucus plus ou moins toxique à la suite des fermentations anormales que lui laisse subir leur séjour prolongé dans le cavum. L'explication d'un trouble des nerfs : pneumogastrique et sympathique peut être non pas opposée, mais juxtaposée à celle-là. Elles sont, je crois, bonnes toutes les deux. Dépendant d'une même cause, l'inflammation chronique du rhino-pharynx, elles peuvent bien agir d'une façon concordante.

h) *Névralgies.* Dans les maladies chroniques ou aiguës des parties latérales de la gorge, on note souvent des douleurs variées que jusqu'ici on rapportait à tout autre cause, mais qui sont bien sous cette dépendance puisque le traitement du rhino-pharynx les fait disparaître et que des retours d'inflammation aiguë de cette région les font se manifester de nouveau.

Ces douleurs sont le plus souvent localisées au cou, à l'oreille, à la tempe, à l'épaule, à la partie supérieure du rachis, mais on peut en constater sur des points très éloignés.

Une de mes malades avait une douleur au niveau du sacrum, une autre dans la cuisse. Ces douleurs disparurent après le traitement.

Dans les deux cas, elles avaient duré plusieurs mois. Je rappelerai à ce sujet le fait bien établi des douleurs caténéniales qui cèdent à la cocaïnisation de la muqueuse du nez et ceux très analogues que j'ai publiés concernant le cavum.

On sait que le sympathique joue un rôle important dans l'étiologie de certaines névralgies.

Une autre interprétation de sensation de douleurs chez les gens atteints de rhino-pharyngite est plausible. On admet actuellement que certains rhumatismes ne sont que la conséquence d'intoxications persistantes, par des produits microbiens. Quelles conditions peuvent être plus favorables à pareil processus que l'existence d'une rhino-pharyngite chronique qui agit non seulement par les produits pathologiques résorbés sur place, mais aussi, et surtout, par l'introduction constante dans le tube digestif de sécrétions ayant subi une fermentation anormale.

i) *Troubles moteurs et sensitifs du pharynx.* Les troubles moteurs et sensitifs du pharynx et du larynx, les troubles de la voix s'expliquent assez par les très nombreuses anastomoses que forment entre eux les nerfs glosso-pharyngien, pneumo-gastrique, etc., en constituant le plexus pharyngien, pour que j'aie besoin d'insister autrement.

On peut conclure de ces considérations que les maladies du pharynx, celles surtout qui atteignent les parties latérales peuvent être, et sont en réalité, le substratum anatomo-pathologique d'une maladie qui comporte tous les principaux symptômes de la neurasthénie.

La production de ces symptômes s'explique par l'action directe des lésions pharyngiennes et par leur retentissement sur les organes voisins, l'oreille d'une part et le paquet vasculo-nerveux qui est en rapport avec les parties latérales du rhino-pharynx.

On trouve dans le fait que ces organes ne sont touchés qu'indirectement et aussi dans leurs propriétés physiologiques la raison d'une constatation qui surprend dans l'étude clinique de la neurasthénie, c'est la relativité de la plupart des symptômes et leur apparence paradoxale souvent interprétée comme une simulation ou une exagération maladive des sensations.

L'asthénie musculaire n'empêche pas le malade sous l'influence de la volonté, ou d'une excitation extérieure de réaliser un effort intense ou de faire une marche prolongée.

De même, sous l'influence d'une distraction, d'un changement de séjour, les phobies, l'angoisse et la plupart des autres symptômes peuvent être suspendus. Cela tient peut-être parfois à ce que le labyrinthe et les nerfs craniens n'étant qu'indirectement influencés par la lésion pharyngienne peuvent si celle-ci subit des variations reprendre pour un temps leur fonctionnement intégral, mais surtout à ce que le labyrinthe et le ganglion cervical supérieur ne sont que des appareils d'association sensitivo-motrice automatique ou de perfectionnement. L'un et l'autre

organe peuvent être supprimés et leurs fonctions être compensées au moins partiellement ainsi que le démontrent des expériences physiologiques bien connues. Cela n'empêche pas qu'une viciation de leur fonctionnement normal puisse être nuisible en déséquilibrant les appareils dont ils doivent régulariser l'activité. On peut donc comprendre que l'inhibition de leur action ou son rétablissement normal par une excitation suffisante accidentelle puisse permettre le fonctionnement régulier des appareils directement moteurs ou sensitifs. Ces phénomènes ne sont paradoxaux qu'en apparence.

Pourquoi ces causes de neurasthénie n'ont-elles pas été indiquées d'une façon formelle ? Il y a à cela plusieurs raisons :

1° Les lésions des parties latérales du pharynx avaient échappé aux observateurs, au moins en grande partie, leur importance clinique était totalement ignorée.

L'examen du rhino-pharynx est difficile par la rhinoscopie postérieure, parfois même impossible. Le toucher qui seul peut donner des renseignements certains, n'est à peu près jamais pratiqué sinon par les spécialistes qui le négligent généralement, en raison de la sensation désagréable qu'il procure au malade.

Il n'est pas extraordinaire que ces lésions n'aient pas attiré l'attention parce qu'elles ne déterminent que peu de modifications dans l'apparence des organes voisins et que les réactions de sensibilité qu'elles éveillent ne se manifestent généralement qu'à distance.

2° L'interprétation du symptôme vertige est habituellement erronée : en effet, les sensations d'équilibre sont aussi différenciées que celles de vision, d'audition, etc., elles doivent donc fatalement passer par les organes destinés à leur perception.

On a pris l'habitude de dire : vertige stomacal, vertige hépatique et de sous-entendre que ce vertige, s'il est stomacal ou hépatique n'est par conséquent pas auriculaire, ce qui est une absurdité physiologique. Si donc chez un vertigineux, on constate peu ou pas de troubles appréciables de l'estomac ou du foie, on ne songe pas autrement à s'occuper de l'oreille sans réfléchir à ce que les organes d'équilibre et d'audition ont habituellement l'un par rapport à l'autre une très grande indépendance fonctionnelle ; s'il en était autrement il faudrait chercher en dehors de l'oreille l'origine de toute surdité qui ne serait pas accompagnée de troubles de l'équilibre ; le vertige est souvent le signe le plus précoce des scléroses progressives de l'oreille et peut fort bien exister seul.

Égarés par cette façon de concevoir les vertiges, les observa-

teurs n'ont pas étudié d'assez près les conditions de fonctionnement des oreilles de leurs malades ; dans l'oreille même ils n'auraient sans doute pas trouvé grand'chose, mais s'ils avaient cherché du côté de la trompe d'Eustache, ils y auraient découvert les lésions de voisinage dont j'ai parlé plus haut. Ces lésions sont la cause la plus habituelle des vertiges.

3° Que l'oreille n'ait pas été plus souvent mise en cause chez les neurasthéniques vertigineux peut paraître étonnant, cela l'est beaucoup moins chez ceux qui ne présentaient aucun symptôme auriculaire mais qui avaient de l'angoisse, des troubles cardiaques, des vomissements, etc., car la recherche chez eux de maladie de l'oreille et du pharynx n'aurait pu être faite que par analogie avec les premiers.

Quels sont les moyens de reconnaître l'existence des lésions latérales du rhino-pharynx ?

Un seul est à peu près toujours suffisant, c'est le toucher. Il n'est pas difficile mais il nécessite une certaine habitude.

Il est le moyen de diagnostic par excellence et met en mesure d'exécuter immédiatement et sans être beaucoup plus désagréable au malade, une partie importante du traitement : la rupture des adhérences salpyngo-pharyngiennes.

Divers signes peuvent faire soupçonner ces lésions : les pharyngites latérales, l'état granuleux du pharynx, la contraction asymétrique du voile du palais, les angines à répétition antérieures ou actuelles, les coryzas fréquents, la douleur à la pression de la région rétro-maxillaire, les adénites cervicales, en général tous les symptômes d'oreille, etc.

V

QUELQUES MOTS SUR LA SINUSITE FRONTALE

Par **C. ZIEM** (de Dantzig).

I. Il est vraiment étonnant que plusieurs auteurs soient toujours des partisans déterminés de la diaphanoscopie des sinus maxillaires et frontaux, malgré les objections théoriques faites tout d'abord par moi [1] et malgré tant d'échecs subis dans la pratique par de nombreux spécialistes. Et bien que pour quiconque est accessible à des raisons théoriques et pratiques, la condamnation de la valeur diagnostique de l'éclairage maxillaire eût dû être définitive après mon dernier travail sur ce sujet [2], j'ai vu, il n'y a que deux ou trois ans, un malade chez lequel l'existence d'une sinusite maxillaire avait été positivement niée par un confrère de Dantzig se basant sur ledit procédé; le lavage de l'antre a cependant révélé chez lui un empyème assez massif; et pour parer d'emblée à l'objection de la possibilité d'un examen incorrect dans ce cas, mentionnons encore qu'un confrère distingué, bien connu aussi par ses travaux sur la transillumination, m'adressa un malade en 1895, chez qui les deux sinus maxillaires paraissaient au diaphanoscope absolument normaux; il avait déjà sans résultat ouvert les deux sinus sphénoïdaux; cependant grâce à des lavages des deux cavités contenant malgré le résultat négatif de l'éclairage pas mal de pus, ce malade a été tout à fait guéri, en quelques semaines, de graves accès asthmatiques. En outre, un observateur très expérimenté, G. Killian, de Fribourg, a trouvé, tout récemment, sur un malade mort à la suite d'une opération sur le sinus frontal, une sinusite maxillaire concomitante (ou antérieure?), qui n'a été constatée qu'à la nécropsie [3], fait propre à démontrer de nouveau : 1° l'incertitude de l'éclairage dans la sinusite maxillaire, 2° l'inexactitude de l'hypothèse émise récemment en Angleterre et qualifiant l'accumulation de pus dans l'antre que l'on rencontre chez tant de cadavres, de phénomène post-mortem, consécutif à l'évacuation d'un sinus frontal suppurant, tandis que la seule explication raisonnable est que la sinusite maxillaire aurait été constatée maintes fois sur le vivant, si l'on avait procédé correctement, en substituant à l'éclairage le lavage probatoire.

Des faits semblables ont été signalés aussi pour les sinus frontaux. C'est ainsi que, par exemple, dans une observation de Luc,

malgré la transparence identiques des deux sinus, l'un d'eux fut trouvé malade après l'ouverture [4] ; de même, dans une observation de Goris, un sinus resté obscur pendant l'éclairage fut trouvé sain ; dans une observation, recueillie, il y a quelques années, à Dantzig, les sinus se trouvaient également sains après la résection ostéoplastique de la paroi antérieure, tandis que le malade à qui on avait promis qu'il serait guéri en trois jours, succombait trois heures après l'opération, etc., etc. Dans la monographie de R. Falcone sur les sinus frontaux, sont mentionnées, comme le fait remarquer l'analyse soigneuse de C. Chauveau, de semblables méprises [5].

Or, l'insuffisance de l'éclairage dans nombre de cas était, comme je l'ai dit déjà en 1891, à prévoir par tout praticien ayant quelque aptitude à l'anatomie topographique et examinant attentivement une série de coupes des sinus frontaux. On est alors amené à constater en présence de la grande variabilité de leur étendue et de l'épaisseur de leurs parois, comme par exemple dans beaucoup de préparations de Zuckerkandl [6] ; ou mieux encore, en comparant les coupes frontales ou horizontales des deux sinus de la même tête, que maintes fois on les trouve plus ou moins *asymétriques*. Aboutissant aux mêmes conclusions que Zuckerkandl [7], B. Fraenkel [8], Bardeleben, Froese [9], Toldt [10], Killian [11], Korning [12], etc., les projections topographiques des cavités accessoires du nez faites par H. L. Loeb et Miss Hamilton [13] de St-Louis sont assez instructives sur ce point. Bien qu'il soit désirable d'étudier encore davantage ces coupes frontales ou horizontales, on ne saurait assurément plus parler des prétendues raretés d'asymétrie de ces sinus, qui n'auraient aucune valeur pour la pratique et la pathologie, car Korning, professeur d'anatomie à l'Université de Bâle, dit expressément que le développement asymétrique des sinus frontaux s'observe très fréquemment [14]. Et de ce fait, toutes les idées sur la diaphanoscopie sont naturellement bouleversées. Car si, au procédé de Gerber qui emploie simultanément deux sources lumineuses pour mieux comparer les variations d'éclairage, Vohsen objecte l'impossibilité de fabriquer deux lampes tout à fait identiques, et si, tenant compte lui-même de la grande différence individuelle des sinus frontaux, il ne trouve guère réalisable le postulat de Kuhnt d'appliquer la lampe toujours à des endroits identiques et sous le même angle, vers le rebord orbitaire [15], que vaut donc tout ce raisonnement et comment pourrions-nous conclure, avec Vohsen, dans des cas douteux, en face de différences de clarté très

minimes, à une suppuration ou un gonflement de la muqueuse frontale, alors que le sinus frontal vaste et bien développé d'un côté peut, malgré la présence de telle ou telle quantité de pus, s'éclairer aussi bien, ou même mieux, qu'un sinus mince, mais vide de l'autre côté, comme je l'ai démontré déjà en 1891 pour l'asymétrie des sinus maxillaires? Ajoutons encore ce fait bien connu, constaté dernièrement aussi dans une observation d'Oppikofer[16], qu'il existe des cas de suppuration frontale où la rhinoscopie antérieure et postérieure ne révèlent presque rien d'anormal.

II. Pour la radiographie du sinus frontal, remarquons : 1° que l'assertion de v. Eicken au Congrès international de laryngologie de Vienne, à savoir que les autres procédés de diagnostic seraient à l'heure actuelle devenus superflus[17], a été rectifiée déjà par Killian; 2° que l'opinion de Killian lui-même sur la haute valeur diagnostique du procédé, telle qu'un simple regard jeté sur un radiogramme peut quelquefois indiquer si le sinus frontal est malade ou non[18], n'est partagée ni par Kuttner[19], ni par Scheier, ni par Herzfeld, ni par Mader[20], et l'on serait presque tenté de s'écrier avec Bossuet : « tant de peines, tant de travaux... pour un misérable peut-être ! » N'ayant moi-même aucune expérience personnelle sur ce procédé, je sais pourtant que beaucoup de cas de sinusite frontale peuvent être diagnostiqués et traités avec succès sans radiographie[21] et sans qu'on ait à sa disposition une clinique très bien montée. Je ne suis point de l'avis de von Eicken qu'il faut pour le diagnostic de la sinusite frontale joindre immédiatement, à l'inspection du nez, l'examen par les rayons X, avant de faire le moindre lavage[22] ; je me sers, en effet, d'un tout autre procédé.

III. Déjà en 1891, j'ai recommandé, pour des cas douteux, le lavage explorateur du sinus frontal, non pas par la cavité nasale, mais par une petite ouverture provisoire faite avec la vrille au niveau du rebord orbitaire, après avoir marqué, d'après Vohsen, la zone de la plus grande intensité de lumière, procédé souvent sans doute des plus simples, et comme par exemple cela se voit aussi dans une excellente préparation de Zuckerkandl[23], mais que je n'ai fait jusqu'ici que dans un seul cas, et sans trouver de pus. Il s'agissait d'un malade atteint de glaucome aigu, suite d'influenza soignée ailleurs par l'atropine : le lavage du sinus maxillaire par le rebord alvéolaire ayant évacué beaucoup de matière, l'état de l'œil et son acuité visuelle s'améliorèrent rapidement; mais des douleurs supraorbitaires, ayant réapparu tout à coup, me firent penser qu'il s'agissait d'une sinusite frontale, tandis

qu'elles n'étaient imputables, comme il a été démontré plus tard, qu'à l'alcool dont usait assez largement le malade, heureux de sa prompte guérison. Le déplaisir de lui avoir fait inutilement une opération qui n'est pas tout à fait sans danger, m'a fait adopter dans les nombreux cas de sinusite et quelquefois aussi de pseudo-sinusite frontale, soignés depuis lors par moi, fréquemment avec beaucoup de succès, les procédés suivants combinés fréquemment l'un à l'autre :

1° Des lavages du nez à de l'eau salée, avec la pompe foulante continue et au moyen de tuyaux droits agissant d'avant en arrière et de tuyaux droits fins ou plus gros, munis de trous latéraux multiples seringuant vers les parties supérieures, ethmoïdales et frontales ;

2° Des emplâtres dérivatifs appliqués dans la région frontale, à savoir : emplâtre de capsicum, emplâtre cantharidien et surtout une préparation française excellente, le vésicatoire, procédé très efficace et qui a produit dans un cas de sinusite frontale aiguë bilatérale grave un symptôme tout à fait nouveau pour moi, c'est-à-dire une suppuration de la région sous-maxillaire postérieure et parotidienne des deux côtés, résultat sans doute d'un dégagement de la circulation dans les sinus frontaux vers le derme avec infiltration purulente secondaire des vaisseaux lymphatiques frontaux qui se déchargent d'après les belles préparations de Sappey[24], Zuckerkandl[25], Toldt[26], Broeckaert[27] et surtout de Kuttner[28] dans les ganglions sous-maxillaires et parotidiens, fait suggérant aisément la supposition que tel ou tel gonflement, ou même telle ou telle tuméfaction primitive d'après l'apparence, de la région parotidienne pourraient dans certains cas dépendre d'une suppuration ou tuméfaction frontale ou intrafrontale, etc., de même que des gonflements parotidiens, douloureux au cours d'eczéma (ecthyma) frontal, ont été déjà signalés par A. Kyrtl. Il est bien entendu qu'il faudra examiner pendant ce traitement de temps à autre l'urine des malades, et qu'on fera couvrir la peau enflée ou pustuleuse du front d'un bandeau, adopté à cause de la possibilité d'une ulcération persistante du front déjà par Metellus le Romain, dit le : diadematos (Plutarque, *Coriolanus*) ;

3° Application de sangsues sur la région frontale et nasofrontale, sur la racine du nez, principalement s'il y a douleur à la pression ou à la percussion, procédé ancien, qui n'est plus utilisé assez, à mon avis, car j'en ai souvent obtenu des succès éclatants, avec diminution du gonflement, de la sécrétion purulente, etc., et Kyrtl juge à propos de réhabiliter dans la

pratique moderne même la section de la veine frontale, non rarement assez forte et communiquant par les veines diploïques de Breschet avec les veines internes du crâne [39] ;

4° Dans les fièvres infectieuses, compliquées tant de fois de sinusite frontale, surtout dans la grippe, il faut employer des tisanes sudorifiques aux fleurs de tilleul ou de sureau, des boissons tièdes fréquentes au suc de citrons ou de framboises, etc., de l'eau ou du lait miellés, pour faciliter ou garantir le repos la nuit ; en outre, sinon les petits clystères insinuatifs, préparatifs et émollients d'Argan, du moins les purgatifs doux, les sucs de tamarin, l'huile de ricin, etc.

Je n'ai pas l'intention d'énumérer à ce propos toutes les observations de sinusite ou de pseudosinusite frontales faites par moi ; qu'il me soit permis d'en relever en quelques mots seulement une recueillie justement ces jours derniers et se rapportant à un malade atteint de conjonctivite aiguë blennorhagique unilatérale, avec gonflement de la muqueuse nasale et douleurs supra-orbitaires du même côté, surtout à la percussion du rebord orbitaire et qu'un confrère oculiste, assistant pendant plusieurs années à la clinique ophtalmologique de X, où l'on a l'habitude de procéder énergiquement dans les sinusites frontales, m'avait adressé, parce qu'il ne savait pas comment intervenir : trois lavages nasaux, conjonctivaux et frontaux et des sudorifiques trois jours de suite, sans aucune dérivation ou sangsue sur le front ont suffi pour faire disparaître tout à fait les maux de tête et pour le mettre à même de travailler. Est-ce qu'on n'aurait jamais soigné des malades dans la dite clinique de cette manière simple et pour ainsi dire des plus naturelles, tout en faisant d'emblée l'opération radicale.

Par ce procédé combiné, important à ce qu'il semble aussi pour la psychiatrie, et grâce à une diète appropriée, les confrères spécialistes obtiendront probablement eux aussi dans leur clientèle de nombreuses guérisons, sans qu'il soit toujours nécessaire de faire par exemple dans la sinusite frontale scarlatineuse, comme cela vient d'être proposé [30], d'emblée une large ouverture, ou de pratiquer, d'après Killian et von Eicken, à cause de douleurs, comme indication urgente [31], l'opération radicale ou la résection ostéo-plastique d'après Czerny, Küster et Kocher, procédé, du reste, mis en œuvre souvent sans succès. La résection ostéoplastique sera, du reste, souvent préférable à l'opération radicale, au moins il ne me semble pas encore suffisamment démontré, qu'il soit tant de fois indispensable d'extirper toute la paroi antérieure du sinus,

plusieurs auteurs l'affirment, et l'on saurait, comme dans la sinusite maxillaire, peut-être aussi dans la sinusite frontale, se contenter assez de fois d'une petite ouverture, tout en se servant pour les lavages, d'une pompe foulante continue, *puissante*; et en se souciant suffisamment aussi des conditions externes des malades, surtout quant à la situation hygiénique ou non hygiénique de leurs habitations, etc. Reste, en outre, à savoir s'il n'y a point, comme conséquence de ces interventions graves, tel ou tel dérangement circulatoire de la région frontale du cerveau avec diminution de l'intelligence, malgré l'assertion de Buffon et d'autres auteurs que l'habitude de quelques tribus indiennes, comme par exemple des flathedds, qui aplatissent, au moyen de planches ou de lames (plaques) de plomb, le front des enfants nouveau-nés, de telle sorte que les Chinois ne semblent point avoir de front, n'amène point de diminution de l'intelligence, ou quelques troubles de l'odorat; il ne me semble pas douteux en effet qu'il ne faille attribuer dans le mécanisme de l'odorat un certain rôle aussi aux sinus frontaux; considérons surtout des faits d'anatomie comparée, comme le développement excessif des sinus frontaux chez les éléphants ayant, d'après Buffon, l'odorat excellent et peut-être plus parfait qu'aucun autre animal, de telle sorte que l'odeur de l'homme les frappant de très loin, ils peuvent aisément le suivre à la piste; sachons aussi que la présence dans le sinus frontal des chats d'extrémités sensorielles de l'olfactif d'après Zuckerkandl[32], correspondent, malgré l'opinion contraire de Buffon, à une certaine finesse de l'odorat. Mentionnons sous ce rapport, en outre, que dans les derniers mois, j'ai observé deux cas de sinusite frontale aiguë avec cacosmie subjective, disparue après l'évacuation de matières visqueuses, et selon le dire des malades, extrêmement fétides. Ces deux observations étaient, de plus, intéressantes, parce que la sinusite frontale qui avait débuté, comme cela est si fréquent, à la suite d'influenza, semblait avoir été, pour ainsi dire, préparée par une lésion grave des organes des sens, de l'œil gauche devenu presque amaurotique, de la chaux y ayant pénétré, dans le premier cas, par des troubles auriculaires survenus à la suite d'une lésion de l'audition, d'une façon inattendue, dans la seconde observation. L'une et l'autre de ces affections étaient compliquées de maux de tête intenses et de vertiges pendant la marche et surtout dans le mouvement de se baisser. Dans la seconde observation, où il y avait assez de dureté de l'ouïe, le traitement expectatif n'a pas eu de résultat favorable jusqu'à ce que des lavages nasaux et frontaux, des vésicatoires et des sangsues

sur le front aient été appliqués ; à la suite de ce traitement, le malade, après une cure de trois mois et demi, fut délivré de ses vertiges et à même de travailler avec une audition assez bonne. Mais dans la première observation, mentionnée déjà plus haut, comme compliquée de lymphangite parotidienne, les vertiges prenaient toujours le malade, quand il s'inclinait plusieurs fois de suite ou quand ses yeux, soit tous les deux, soit l'œil droit sain, soit l'œil gauche presque aveugle, mais non adhérent, étaient mus plusieurs fois de suite horizontalement et surtout verticalement, phénomène très frappant, mais peut-être à expliquer par ou 1° un prolongement des sinus frontaux, enflammés, dans le toit de l'orbite, fait observé quelquefois par Zuckerkandl[33], ou 2° les nombreuses anastomoses qui existent entre les vaisseaux des yeux, du nez, des sinus frontaux et ethmoïdaux et de la partie antérieure du cerveau[34], de sorte que du fait du gonflement du nez et surtout de ses parties supérieures, la circulation dans la partie antérieure du cerveau étant entravée, les mouvements des yeux pourraient, en comprimant, jusqu'à un certain degré, des ramifications des veines frontales, naso-frontales ou ethmoïdales, augmenter la stase dans le cerveau. Une opération, probablement nécessaire sur les sinus frontaux ou ethmoïdaux de ce malade, n'est pas encore opportune, parce qu'on ne sait encore laquelle des deux parties est obligée de payer pour l'opération ou sa société d'assurance particulière ou la société d'assurance des risques professionnels.

J'ai souvent observé, du reste, des vertiges dans la sinusite frontale, de telle sorte que les malades ne pouvaient pas, d'après une expression de Taine, se plier en deux pour les révérences ou tourner la tête librement autour de ses divers axes, comme dans le cas d'un garçon de quatorze ans à qui sa petite sœur dut boutonner les bottines pendant un an, alors qu'il peut le faire maintenant lui-même depuis six mois. Contrairement à l'opinion de quelques communications faites dernièrement à la Société Néerlandaise d'otologie[35], des otites moyennes n'étaient pas toujours concomitantes, comme dans le cas de la malade T., âgée de cinquante ans, car cette malade soignée pendant vingt-quatre ans par plusieurs confrères, ne pouvait pas se baisser, ni monter sur une chaise ou une table pour arranger ses rideaux etc., sans être prise de vertiges. Chez elle, il s'agissait d'une sinusite, non comme je supposais d'abord, frontale, mais maxillaire bilatérale qui, guérie par seize lavages, et n'a plus provoqué chez cette dame de vertiges depuis le 10 juin 1907.

J'estime qu'indépendamment du traitement local, il faut considérer comme très importante une alimentation abondante et nourrissante des malades au moyen de malt, de jus de viande, etc.

BIBLIOGRAPHIE

1. *Berl. klin. Wochenschr.*, 1891, f° 24. — 2. *Journ. of laryngol.*, 1903, p. 284. — 3. *Arch. intern. de laryng.*, 1908, t. 26, p. 214. — 4. *Ibid.*, 1893, p. 216. — 5. *Ibid.*, 1908, p. 259. — 6. Anatomie d. Nasenhoele, 1882, Taf. 6, fig. 25 et 26, Taf. 9, fig. 38 et 39 ; 1893, Taf. 18, fig. 1 et 2, Taf. 21, fig. 2 et 3. — 7. *Loc. cit.*, 1882, Taf. 18, fig. 77 et 78, Taf. 21, fig. 93 ; 1893, Taf. 31, fig. 2, Taf. 33, fig. 10 ; *Atlas d. topograph. Anatomie*, 1900, I, p. 104. — 8. *Gefrierdurchschnitte d. Nasenhoehle*, 1891, 2 Taf. 8. — 9. *Topogr. anatom. Atlas.* — 10. *Anatom. Atlas*, 5 et 6, Lief. 1906, p. 621, 687, 804, 886, 904. — 11. D. Nebenhoehlen d. Nase, 1903, avec une excellente coupe horizontale démontrant l'extension du sinus frontal gauche jusque dans l'ala minor oss. sphenoïd. et dans l'os jugale, reproduite par Corning, *loc. cit.*, p. 96. — 12. *Lehrb. d. topogr. Anatom.*, 1907, p. 16, 51, 95. — 13. *Annals of otol.*, déc. 1906, Taf. XII-XIV. — 14. *Loc. cit.*, p. 95. — 15. *Arch.*, t. 24, 1907, p. 426 ; *Verhandl. Sueddeutsch. Laryngol.*, 1907, p. 23. — 16. *Arch.*, 1907, t. 24, p. 811. — 17. *Ibid.*, 08, t. 26, p. 252. — 18. *Ibid.*, p. 204. — 19. *Ibid.*, p. 204, 253 ; *Monogr. ueber. d. Nebenhoehlen d. Nase im Roentgenbild*, 1908, p. 14-15. — 20. *Arch.*, 1908, t. 26, p. 253, 565. — 21. *Ibid.*, p. 252. — 22. *Ibid.*, p. 201. — 23. *Atl. d. topogr. Anat.*, 1900, I, p. 121. — 24. Cf. Corning, *loc. cit.*, p. 9. — 25. Zuckerkandl-Heitzmann, *Atlas d. descr. Anat.*, 1905, 2, p. 687. — 26. *Anat. Atl.* 5, p. 721. — 27. *Bullet. d. l. Soc. Belge d'otol.*, 1908. — 28. Cf. Corning, *loc. cit.*, p. 127. — 29. *Arch.*, t. 26, p. 213. — 30. *Ibid.*, p. 566. — 31. *Anat. d. Nase*, 1893, 1, Taf. 33, fig. 5. — 32. *An. d. topogr. Anatom.*, 1901, p. 80. Heitymann. Zuckerkandl, t. 2, p. 834. Spaltehotz, Handall. d. Anat d. Menschen, 1903, 3, p. 787. — 33. Cf. Zuckerkandl-Heitzmann. *Atl.* 2, p. 641 ; Toldt. *Atlas*, 5, p. 617, 621. 686-89, fig. 1367, 1370, 1372, 1376. — 34. *Monatschr. f. Ohrenh.*, 1908, p. 423.

P.-S. — Après avoir envoyé mon travail à la rédaction des Archives, j'eus connaissance de la monographie importante du prof. Onodi, de Budapest, sur das Gehire u. die Nebenhohlen d. Nase, parue tout récemment, où la supériorité des rayons X sur l'éclairage électrique pour démontrer les contours du sinus frontal, est mise en évidence. Cependant on ne saurait guère reconnaître à l'aide de ces rayons, dans tous les cas ou la présence ou l'absence d'une sinusite, voire même du sinus frontal, ou la grande fréquence de ses asymétries, constatée aussi par Onodi. Du reste, l'extension assez étonnante du sinus frontal dans beaucoup de préparations d'Onodi, a été constatée, d'après Hystl, déjà au XVIII^e^ siècle par Fr. Ruysch. d'Amsterdam, qui l'a vu se prolonger sur tout le front (dans toute la squama frontalis).

VI

TROIS CAS DE GANGRÈNE PRIMITIVE DU PHARYNX[1]

Guérison d'un cas par des injections de sérum antistreptococcique.

Par le Professeur **CITELLI** (de Catane).
[Traduction par H. Massier, de Nice.]

Je crois utile de communiquer trois cas, que j'ai observés en moins d'un an, de gangrène primitive du pharynx, soit parce que de telles observations cliniques sont heureusement rares, soit en raison du résultat thérapeutique inespéré obtenu dans un cas avec le sérum antistreptococcique.

Je rapporterai brièvement les histoires cliniques respectives dans l'ordre où les cas ont été observés, pour terminer par quelques considérations qu'ils me suggèrent.

Observation I. — En août 1907, je fus prié d'examiner une jeune fille, qui, d'après le médecin traitant, présentait depuis quelques jours des phénomènes nécrotiques graves aux amygdales palatines. Il s'agissait d'une jeune fille d'environ 25 ans robuste et dans d'excellentes conditions de nutrition. Il n'y avait dans ses antécédents qu'une légère syphilis. La malade, 8 jours avant ma visite, commence à remarquer sur les deux amygdales deux petites taches blanches indolores qui s'étendirent progressivement, provoquant seulement un peu de gêne à la déglutition. Trois jours après le début de cette lésion, à la suite de gros chagrins, la malade tente de se suicider en avalant trois pastilles de sublimé dissoutes dans l'eau. On la conduit de suite à l'hôpital, où sous les soins du médecin de garde on lui pratique d'abondants lavages de l'estomac ; il ne persista de cet empoisonnement qu'une courte anurie, qui disparut rapidement sous l'influence de cataplasmes bien chauds sur la région rénale ; l'urine qui après l'empoisonnement contenait environ 2 °/₀₀ d'albumine, ne présentait plus traces d'albumine 4 jours après, à la suite d'un traitement hygiénique et diététique.

Pendant ce temps-là les ulcérations sur les amygdales s'étendaient de plus en plus et s'approfondissaient, produisant des troubles sans cesse croissant à la déglutition, avec haleine fétide et dépression physique accentuée jusqu'à réduire la malade au point où je l'ai trouvée.

État actuel. La malade d'aspect très pâle est abattue, exhale une haleine très fétide et présente un fort engorgement ganglionnaire sous-maxillaire, discrètement sensible à la palpation. A l'examen de la gorge, je trouvai des altérations vraiment impressionnantes : les deux amygdales palatines ne sont plus reconnaissables et à leur

1. Communication à la Société italienne d'Otologie et de Laryngologie. Turin, octobre 1908.

place l'on voit un tissu de couleur lardacée sale, d'où s'exhalait une odeur puante insupportable. Le tissu nécrotique en outre ne se limitait pas seulement aux loges amygdaliennes mais avait aussi envahi le bord libre du voile et les deux bords de la luette dont la partie médiane restait indemne de gangrène dans une petite étendue linéaire. Le reste du voile du palais, les piliers et aussi les bords libres de l'épiglotte étaient tuméfiés et fortement rougis. La déglutition était assez douloureuse et souvent les aliments liquides régurgitaient par le nez ; il y avait quelques dixièmes de fièvre et une légère albuminurie.

L'état de la malade était donc très grave et je fis le diagnostic de gangrène humide de la gorge ; il n'était pas absolument admissible que cette nécrose progressive avait pu être produite par l'ingestion de sublimé, d'autant plus que dans l'œsophage et dans l'estomac il n'était resté aucune conséquence de l'empoisonnement. Je prescrivis des gargarismes de permanganate de potasse à 0,25 °/₀₀, des badigeonnages de solution iodée et d'eau oxygénée, des injections intramusculaires iodo-iodurées et alimentation lactée ; en outre je soutenais le cœur quand il était nécessaire. De plus je pratiquais, quoique je fusse convaincu que la diphtérie n'entrait pour rien dans ce cas, une injection de sérum antidiphtérique n° 2. Les résultats furent nuls, puisque le tissu nécrotique, toujours plus adhérent finit par envahir toute la luette et une zone plus étendue du voile. 4 jours après ma première visite, on commence à délimiter toute la luette déjà nécrosée et le bord libre du voile, que je cherche à enlever avec la plus grande délicatesse (pour éviter l'hémorragie) à l'aide de pinces ; néanmoins le lendemain il y eut dans la région amygdalienne droite une hémorragie plutôt forte que j'eus la chance d'arrêter. Pendant ce temps, le pouls se faisait plus petit et fréquent, l'albumine augmentait dans les urines jusqu'à 0,75 °/₀ et la malade s'éteignit lentement d'accidents septiques 15 jours après le début des phénomènes nécrotiques.

Je ne pus, comme je l'aurais désiré, faire l'examen bactériologique du tissu nécrotique, parce que je me trouvais dans la période des vacances d'automne et je ne pus avoir sous la main les moyens nécessaires. Il n'y avait point de doute cependant qu'il s'agissait d'une gangrène primitive de la gorge déterminée par quelque microorganisme très septique, et dans laquelle la tentative d'empoisonnement par le sublimé avait tout au plus pu aggraver la marche de la nécrose, qui du reste avait débuté la première.

Observation II. — Un mois après la première observation ci-dessus décrite, j'eus l'occasion de voir un autre cas identique. Il s'agissait d'un enfant d'environ 8 ans, de nutrition passable, qui souffrait de temps à autre de maux de gorge ; aucun autre antécédent important.

Pendant que l'enfant était en bon état, il commence à remarquer un peu de trouble à la déglutition ; observé par le médecin traitant on constate sur l'amygdale gauche deux petites zones (une grande

comme une lentille) blanches, comme ulcérées. Peu à peu cependant ces deux zones s'étendirent de plus en plus, jusqu'à se fondre entre elles et à occuper toute l'amygdale et le bord libre correspondant du voile et de la luette ; on fit des désinfections locales variées et trois injections n° 2 de sérum antidiphtérique. La fièvre en outre qui au début était légère, arriva à un maximum de 39°. C'est à ce moment que je fus appelé en consultation.

Je trouvais en effet toute l'amygdale gauche occupée par une bouillie blanc sale très adhérente, et il y avait le même aspect sur le bord libre du voile et le bord correspondant de la luette. Le reste des tissus de la gorge était fortement enflammé; l'haleine comme d'habitude très puante, et il existait un léger engorgement ganglionnaire, à gauche. L'examen des urines révélait un peu d'albumine ; l'enfant cependant n'était pas très abattu ; l'amygdale droite était encore saine.

Je prescrivis des désinfections locales à l'acide salicylique, avec de l'eau oxygénée et avec la solution iodo-iodurée; en outre des injections iodo-iodurées et du cacodylate de soude : diète lactée. Je fis le diagnostic, cela s'entend, de gangrène humide de la gorge localisée seulement à gauche avec un pronostic très réservé. Je ne pus point faire l'examen bactériologique parce que le lendemain je partis pour mon voyage scientifique annuel. Heureusement cependant dès ce jour (comme me l'a dit le médecin traitant à mon retour) la maladie s'arrêta, les tissus nécrotiques commencèrent à se limiter et à s'éliminer, les tissus limitrophes à se décongestionner, l'état général s'améliora notablement, l'engorgement ganglionnaire disparut et l'enfant guérit complètement après une semaine à peine. Mais une vingtaine de jours après la guérison commencèrent les mêmes phénomènes nécrotiques à l'amygdale droite, lésions qui cette fois s'aggravèrent et s'étendirent de plus en plus, au point que dix jours après le début de la récidive, l'enfant malgré tous les soins mourut probablement de phénomènes septiques.

Observation III. — Le troisième cas enfin que j'ai pu mieux étudier est encore plus intéressant et j'en donne l'histoire avec plus de détails.

Le 1er janvier 1908 je vois à ma consultation M. M. âgé d'un peu plus de 30 ans. Il me dit que dans la nuit précédente s'étant amusé beaucoup et étant sujet à des crises rhumatismales, il avait senti le matin dans la gorge un peu de troubles à la déglutition. En examinant la gorge je trouve sur l'amygdale droite deux zones blanchâtres comme recouvertes d'exsudat, la plus grande de la grosseur d'un centime; comme le malade en outre avait un peu de fièvre je diagnostiquais une diphtérie probable. Je pratiquais à cause de cela immédiatement une injection de sérum antidiphtérique de Behring de 1500 U. I. et je lui recommandais de se mettre au lit et à l'alimentation lactée. Le lendemain matin cependant je fus appelé d'urgence parce que le malade avait passé une nuit très agitée ; je trouvais avec surprise que la scène avait changé et que le malade présen-

tait une symptomatologie des plus graves. On notait avant tout une énorme tuméfaction, pour adénite et périadénite, de la région sous-maxillaire correspondante ; l'haleine était très fétide, l'aspect du malade très abattu, la voix nasale et gutturale, la température 37°4. L'examen de la gorge offre un cadre plus impressionnant ; on trouve l'amygdale droite, les deux piliers, la moitié correspondante du voile et de la luette transformés en une vaste zone nécrotique très fétide et d'aspect jaune grisâtre humide ; les tissus environnant cette zone nécrotique sont très tuméfiés. Tout cela, et de plus l'effet probablement nocif produit par le sérum antidiphtérique, me fait exclure nettement l'idée de diphtérie et je posais le diagnostic de gangrène grave de la gorge avec pronostic relatif des plus funestes. Je prescrivis les désinfections locales habituelles et une pommade résolutive pour l'infiltration sous-maxillaire intense ; de plus dans le doute que dans cette infection le streptocoque n'ait son influence et aussi parce que (éduqué par les recherches bibliographiques que j'avais faites au sujet des 2 cas précédemment observés par moi) il n'y avait pas autre chose à faire, je fis comme essai une injection de sérum antistreptococcique de 1000 U. J. (de l'Institut Pasteur).

L'effet fut simplement miraculeux ; en effet 24 heures après cette injection, je trouve à ma plus grande satisfaction le malade fortement amélioré au point de vue général ; et localement l'œdème sous-maxillaire a notablement fondu, le processus gangreneux de la gorge s'est arrêté et la tuméfaction des tissus limitrophes a beaucoup diminué. On trouve une légère albuminurie et selon l'habitude quelques dixièmes de fièvre, le pouls d'abord petit et fréquent est maintenant plutôt bon. Je prends avec toutes les précautions, au moyen de l'anse de platine, un peu de tissu nécrotique pour l'examen bactériologique ; j'ensemence en outre deux tubes d'agar. En même temps je pratique une seconde injection de sérum antistreptococcique (1000 U. J.) et le jour après l'amélioration s'est tellement accentuée que la zone nécrotique en rapport avec l'amygdale commence déjà à se détacher : si bien qu'avec deux badigeonnages je réussis à enlever deux gros morceaux nécrotiques le plus gros de 4 centimètres de haut sur 2-3 de large que j'ai conservé dans l'alcool et que je vous présente. La voix devient plus nasale que gutturale et il y a des régurgitations alimentaires par le nez.

Je pratique une troisième injection de sérum antistreptococcique et le lendemain je détachais avec un badigeonnage un dernier morceau de substance nécrotique de la grandeur environ du plus grand des précédents. La fièvre pendant ce temps a déjà disparu, l'état général s'est notablement amélioré, l'odeur nauséabonde a pour ainsi dire entièrement disparu. Dans la gorge on remarque seulement des détritus de l'ancien tissu nécrotique qui n'existe plus quelques jours après. Il persiste pendant quelques jours encore un peu d'albumine et du nasonnement peu prononcé de la voix ; la guérison complète et définitive a lieu au bout de 15 jours. A l'examen bactérioscopique aussi bien qu'à l'examen bactériologique, j'ai trouvé des

streptocoques en culture presque pure avec des chaînes pour les plus courts (de 3 à 5 éléments). Cette découverte explique donc admirablement l'effet surprenant obtenu avec le sérum antistreptococcique auquel, il n'y a pas de doute, le malade doit la vie.

Ce sont là les 3 cas que j'ai observés.

Réflexions. — Nous savons maintenant comment la gangrène du pharynx (qu'il vaudrait mieux appeler gangrène des loges amygdaliennes) atteint surtout, sous forme de gangrène humide, les amygdales, pour s'étendre ensuite aux piliers, au voile du palais, à la luette et enfin au pharynx ; c'est ainsi que l'affection s'est manifestée dans les trois cas que j'ai observés. Elle est, toujours relativement rare, et le plus souvent secondaire aux graves infections locales (diphtérie, érysipèle, scorbut, pemphigus) ou générales (typhus, rougeole et spécialement la scarlatine). En revanche les formes purement primitives et qui attaquent l'individu en pleine santé (comme dans mes observations) sont très rares. Moi qui en effet avais observé de nombreux cas de gangrène des amygdales par scarlatine seule ou associée à la diphtérie, je n'avais jamais rencontré à ce jour un seul cas de gangrène vraiment primitive.

Cette forme primitive aussi grave est due certainement à une infection des plus virulentes et avec des caractères septiques qui débutent dans les amygdales, sous l'action de causes occasionnelles souvent rhumatismales. Elle ne sera peut-être pas toujours due au même agent microbien ; mais le streptocoque doit souvent jouer un rôle prépondérant dans ces infections. Il serait utile de toute façon d'étudier au point de vue bactériologique tous les cas de gangrène primitive de la gorge qui tomberont sous l'observation afin de mieux connaître l'étiologie plus fréquente de ces maladies et de pouvoir ainsi se lancer dans un traitement plus efficace et rationnel en se basant sur les sérums spécifiques. La gangrène primitive de la gorge le plus souvent ne s'accompagne pas de fièvre élevée ; au contraire la température est souvent de quelques dixièmes supérieure à la normale ou même inférieure à la normale. Le pouls est petit et fréquent, l'état général assez déprimé ; on remarque fréquemment une albuminurie légère. Ces phénomènes sont tous dus à l'absorption de matériaux septiques, provenant du foyer morbide ; d'habitude la mort survient en une ou deux semaines, le plus souvent par sepsie, quelquefois aussi par septicémie. Donc le pronostic de cette maladie impressionnante est pour le moment très grave et il serait à désirer à cause de cela qu'une thérapeutique plus rationnelle fondée, comme je le disais, sur

une meilleure connaissance de l'agent ou des agents étiologiques, parvienne le plus tôt possible à l'améliorer de façon satisfaisante.

La *symptomatologie* du reste est à peu près celle que nous avons vue dans les cas que j'ai rapportés. Je rappellerai que la déglutition est plus ou moins douloureuse et que souvent la voix est nasale ou gutturale et qu'il y a régurgitation des liquides par le nez, troubles dus à la parésie du voile fortement infiltré ou nécrotique. La voix nasale et la régurgitation des liquides par le nez peuvent persister pendant quelques jours encore après la guérison. Il est important en outre de se rappeler qu'il peut se produire de graves hémorragies entraînant la mort du malade, et il faudra à cause de cela être très prudent dans les tentatives d'enlèvement de tissus nécrosés surtout quand les zones nécrotiques n'ont pas une tendance à se détacher spontanément; autrement on pourrait avoir la douloureuse surprise de voir mourir le malade d'hémorragie grave provoquée par notre manœuvre. La mauvaise odeur de l'haleine est un symptôme très important sur lequel ont justement insisté Trousseau, Ramon de la Sota, etc.

Le *diagnostic* est plutôt facile surtout quand on a eu l'occasion d'observer déjà un seul cas; en principe seulement il peut y avoir équivoque (quand on observe uniquement des petites plaques blanc grisâtre) avec la diphtérie. Cependant avec le progrès de la maladie, si les faits nécrotiques deviennent plus évidents, surtout si avec l'usage du sérum antidiphtérique la maladie ne s'améliore pas du tout (mes 2 premiers cas) ou même devient pire (3e cas), il n'y aura plus alors à avoir aucun doute sur la maladie.

Traitement. Le traitement consiste pour le moment dans la désinfection locale sur toute la ligne, et de plus il faut soutenir les forces du malade avec un traitement tonique et reconstituant. Si l'on peut faire le diagnostic au début, c'est-à-dire lorsqu'il y a seulement une petite quantité de petites taches blanc grisâtre à peine ulcérées, il sera indiqué alors de pratiquer des cautérisations fortes (même avec le thermo ou le galvanocautère) des foyers limités de l'infection. Nous espérons cependant qu'une sérothérapie spécifique pourra au plus tôt améliorer le pronostic de cette grave maladie; mon troisième cas est assez important à ce sujet et dit beaucoup sur l'effet du sérum antistreptococcique dans les infections à streptocoques. On ne devra pas insister néanmoins sur le sérum antidiphtérique quand le diagnostic de la maladie sera certain; il est inutile ou même dangereux.

VII

DE L'ENDOSCOPIE DIRECTE
ET
TOUT PARTICULIÈREMENT DE SON APPLICATION EN LARYNGOLOGIE

(*Suite.*)

Par **SARGNON** (de Lyon).

Observation V. — *Double sténose cicatricielle infranchissable de l'œsophage thoracique*, par MM. Nové-Josserand, chirurgien des hôpitaux, et A. Sargnon (Société des Sciences médicales, 10 juillet 1907 ; in *Lyon médical*, 6 octobre 1907).

Diagnostic clinique. — *Rétrécissement cicatriciel progressif de l'œsophage thoracique ; gastrostomie ; œsophage thoracique imperméable par cathétérismes buccal et gastrique ; déglutition des liquides très faible.*

Diagnostic œsophagoscopique. — *Oblitération thoracique double supérieure et inférieure avec orifices minuscules infranchissables ; œsophagotomie interne supérieure œsophagoscopique.*

15 examens et dilatations œsophagoscopiques ; passage d'un fil sans fin par déglutition spontanée, dilatation caoutchoutée progressive continue ; guérison fonctionnelle [1].

Ch... G., entre le 12 août 1901, âgé de 10 ans, de Saint-Morel (Ardèche).

Il y a six mois, l'enfant but par mégarde un liquide additionné probablement de potasse, où l'on avait mis des olives pour les conserver vertes. Aussitôt l'enfant ressentit des douleurs très violentes tout le long de l'œsophage et particulièrement au creux épigastrique. Il vomit ; les vomissements contenaient un peu de sang. Pendant les quinze premiers jours, qui suivirent l'accident, l'enfant eut des déglutitions très douloureuses. Au bout de 15 à 20 jours, les douleurs disparurent, et l'enfant put se nourrir comme les autres, ne surveillant même pas son alimentation, mangeant à tort et à travers des croûtes de pain, etc.

Cet état dure trois mois environ au bout desquels l'enfant s'aperçoit qu'il commence à avoir de la difficulté pour déglutir les aliments solides.

Cette difficulté ne fait qu'augmenter, si bien que ses parents le conduisent chez un médecin qui lui passe des sondes tous les quinze

1. Le début de cette observation est relaté dans la thèse de Debauge, Lyon, 1903.

jours. Il y a quinze jours (28 juillet 1901), le médecin ne peut plus passer de sonde et l'enfant est conduit à l'hôpital.

Aujourd'hui (12 août 1901) l'enfant est maigre, pâle ; il y a dix jours qu'on l'alimente par la voie rectale.

On essaye sans succès de lui passer des olives de plus en plus petites. On essaye aussi de fines sondes urétrales, des bougies, mais on ne peut franchir le rétrécissement. La bougie urétrale la plus fine est arrêtée à 18 centimètres de l'arcade dentaire.

On fait boire l'enfant : il fait des déglutions successives et rapides, mais ayant rempli la dilatation, qui siège probablement au-dessus du point rétréci, il vomit le liquide bu.

On prescrit des lavements alimentaires.

14 août 1901. M. Adenot fait une gastrostomie. La veille au soir température 35°, ce matin 36°, pouls 90. Trois heures après l'opération, injection sous-cutanée de 500 grammes de sérum. Six heures après on fait ingérer au malade un demi-verre d'eau, un verre de lait par sa bouche stomacale. Température le soir, 36°9.

15 août 1901. Le malade va bien. Température, 37°8, soir 37°3. Le malade prend par l'estomac un verre de lait, un verre de bouillon et deux verres et demi d'eau en deux fois.

Le soir, il déclare qu'il a essayé de boire et que le liquide a pu passer. Il peut, en effet, ingérer une tasse de café au lait : il avale par petites gorgées, tire son larynx en haut pour favoriser la déglutition ; après chaque déglutition un ou deux crachats muqueux, mais pas de rejet de lait. Poids 23 kil. 600.

16 août 1901. Ce matin l'enfant a déjà avalé quatre tasses de café au lait, et devant nous, il boit des gorgées de la valeur d'une cuillerée à café ; le liquide avalé ne reflue pas par la fistule gastrique. Pas de mucosités comme hier.

Le 3 octobre 1901. Depuis quelques jours, l'enfant ne peut plus avaler, on essaye de le sonder, mais on est arrêté à 18 centimètres des arcades dentaires et il est impossible de passer.

23 novembre 1901. Poids, 24 kil. 350.

10 janvier 1902. On *dilate l'orifice de la gastrostomie à l'aide des bougies d'Hégar.* On essaye en vain de *cathétériser par le cardia.* On reconnaît que le cardia ne laisse passer que l'extrémité de la pulpe digitale.

5 mars 1907. L'enfant revient dans le service, il s'est bien développé. Le fonctionnement de la fistule est satisfaisant. L'enfant a eu l'idée de mastiquer ses aliments avant de les introduire dans son estomac, et depuis ce temps il se porte mieux. La fistule gastrique est continente, sauf pendant la période digestive où l'enfant est obligé de se serrer avec sa ceinture, sans quoi le contenu de l'estomac s'écoulerait au dehors.

De temps en temps il peut déglutir un peu de liquide par son œsophage.

M. le Prof. agrégé Rochet a vainement essayé d'explorer le cardia et l'œsophage inférieur par la fistule stomacale avec le cystoscope avant l'emploi courant de l'œsophagoscopie.

Le malade rentre en 1907; il passe par moment quelques gouttes de liquide par l'œsophage; état général assez bon.

Œsophagoscopie supérieure faite le 9 mars 1907. En passant aussi bien par la gouttière latérale droite que par la gauche avec un tube de 9 mm. en position couchée et en position assise, on constate une sténose membranoïde, cicatricielle, totale, située au-dessus de l'aorte, car il n'y a aucun battement communiqué. La membrane a un aspect grisâtre, nettement cicatriciel, sans vaisseaux, et présente quelques reflets lumineux, peut-être dus à des gouttelettes de vaseline, introduite lors de l'œsophagoscopie.

En mesurant très exactement, on constate que le rétrécissement se trouve au niveau du bord inférieur de la clavicule.

Examen d'une heure fait sous anesthésie locale sans douleur. La recherche d'un orifice latéral sus-jacent à la membrane est absolument négative, malgré une exploration minutieuse au stylet œsophagien rigide. La nuit l'enfant a toussé, mais peu de douleur.

Examen du 14 mars. Sous *anesthésie locale* par *voie stomacale*, on trouve très facilement l'orifice du cardia en forme de plaie de sangsue, triangulaire avec angle ouvert en avant. Pas de zone cicatricielle au niveau du cardia. On essaye de passer le tube de 5 mm. sans pouvoir y parvenir à cause de la difficulté de redresser le corps. L'instrument bute contre l'aorte qui le soulève. Avec un stylet porte-coton, des sondes et un béniqué fin, on arrive à franchir 6 cm. d'œsophage inférieur absolument libre et on bute à ce niveau contre un obstacle de consistance membranoïde absolument complet. La recherche d'un orifice latéral sur toutes les parois avec le béniqué est absolument négative.

Le rétrécissement inférieur se trouve à 10 cm. de la plaie de gastrostomie et cette dernière est elle-même à 2 cm. 5 de la pointe de l'appendice xiphoïde.

Entre les deux rétrécissements, il y a 9 à 10 cm. d'espace inexploré, mais probablement libre, étant données les sensations fournies par l'examen des deux rétrécissements. En effet, au stylet, le rétrécissement membranoïde supérieur est parcheminé, mince, probablement peu charnu, au centre du moins. La membrane inférieure au contraire paraît plus épaisse, plus charnue et ne donne pas une sensation parcheminée.

Comme il semble qu'il avale quelquefois des liquides, on essaye de lui faire avaler une solution faible de bleu de méthylène et de pratiquer en même temps la cardioscopie. Le bleu de méthylène arrive vite au cardia, mais son élimination se fait lentement et dure plusieurs minutes.

19 mars 1907. Le malade, à la suite des essais de dilatation, a pu avaler facilement, notamment du lait. Mais il tousse un peu. Après avoir fortement soulevé le thorax avec des coussins pour faire l'*exploration stomacale et œsophagienne inférieure*, on explore d'abord la muqueuse stomacale absolument saine. Le pylore n'a pu être retrouvé. Le cardia est très facilement retrouvé. On le cocaïnise,

ainsi que le segment inférieur de l'œsophage et à l'aide d'un long *trachéoscope à mandrin* on arrive très bien à œsophagoscoper tout ce segment inférieur sur une longueur de 13 cent. On bute complètement et l'essai d'introduction plus loin d'un œsophagoscope plus mince et plus long ne réussit pas. En ramenant de 3 cent. l'œsophagoscope, nous constatons à ce niveau à la partie inférieure une petite fente oblique en arrière et en dehors occupant le centre d'un bourrelet ressemblant tout à fait à un museau de tanche (fig. A), on voit très nettement le *bleu de méthylène* passer à ce niveau. Le bleu de méthylène met 35 secondes pour arriver au cardia. Même après cette manœuvre, on ne peut passer ni porte-coton cocaïnique mince, ni même le plus fin stylet.

Ajoutons que l'exploration au stylet démontre que cette région est épaisse, charnue, d'aspect peu cicatriciel ; étant donné le voisinage immédiat de l'aorte, qui soulève l'instrument et l'épaisseur probable du tissu à franchir, aucun point ne peut être sectionné prudemment par l'œsophagotomie interne, à cause de l'obliquité de l'instrument sur l'aorte.

Comme l'enfant tousse, on le laisse reposer quelques jours avant de faire une exploration par l'œsophagoscopie supérieure avec probablement œsophagotomie interne au niveau de la membrane cicatricielle supérieure.

12 mars 1907. Examen sous *anesthésie locale*, avec le gros œsophagoscope de 13 millimètres, qu'on passe par la gouttière pharyngienne gauche. On ne constate pas d'orifice, mais une obstruction membranoïde complète.

En passant l'œsophagoscope par la gouttière droite, on a une vue identique ; mais, tout à fait à la partie inférieure et un peu en dehors, à la jonction de la membrane cicatricielle avec la paroi postérieure, nous constatons un tout petit orifice en cul de poule infranchissable, même pour le plus petit stylet.

Il en résulte donc que l'œsophage est manifestement dilaté dans la portion au-dessus du rétrécissement supérieur et présente comme dimension minima probable 13 millimètres dans le sens antéro-postérieur et de 20 à 26 millimètres dans le sens transversal (fig. B).

Nous ne pouvons faire de suite l'œsophagotomie interne, car nous n'avons pas sous la main d'œsophagotome assez long ; nous le faisons construire de suite.

28 avril 1907. Comptant pratiquer l'œsophagotomie interne œsophagoscopique, nous endormons le malade au *Billroth*, passons le tube de 13 millimètres par la gouttière gauche et, en le déviant fortement à droite, nous avons la vision nette de l'orifice. Avec notre long œsophagotome à lame cachée, nous pratiquons l'*œsophagotomie* qui réussit à la deuxième tentative. Elle est faite d'arrière en avant pour agrandir l'orifice ; hémorragie presque nulle, membrane peu épaisse, assèchement de la région avec un tampon imbibé d'eau oxygénée ; le stylet rigide franchit l'orifice et explore 10 centimètres environ d'œsophage thoracique libre. Le stylet bute contre le rétré-

cissement inférieur. Il nous est impossible aussi de dilater le segment rétréci avec des sondes même fines. Les manœuvres ont duré trois quarts d'heure.

Suites opératoires excellentes. Pas de fièvre, pas de toux, pas de toux, pas de douleur; repos trois jours au lit, avec suppression de toute déglutition buccale. Gargarismes répétés pour éviter la broncho-pneumonie.

7 mai 1907. Dans le but de faire un passage à travers le rétrécissement inférieur par une œsophagotomie interne rétrograde œsophagoscopique, nous essayons l'*œsophagoscopie rétrograde*, mais nous ne pouvons faire passer à travers le pertuis inférieur aucun instrument, même le plus fin stylet.

Bien que le thorax du malade soit très fortement élevé par des coussins, l'œsophagoscope inférieur à mandrin est toujours oblique sur l'aorte qui le soulève. En raison de cette obliquité et de la présence immédiate de l'aorte, nous n'osons pratiquer une œsophagotomie interne rétrograde.

25 mai 1907. La déglutition des liquides se fait habituellement beaucoup mieux : *œsophagoscopie supérieure* sous anesthésie locale; à travers l'orifice agrandi, on passe jusqu'au rétrécissement inférieur un *stylet* rigide, puis un *porte-coton cocaïné*, puis un *long béniqué œsophagien* n° 10. Un béniqué n° 30 ne pénètre que sur quelques centimètres, mais il fait néanmoins une bonne dilatation tout en amenant du sang (fig. C). Pendant qu'un aide maintient le petit béniqué dans l'œsophage supérieur, nous pratiquons l'œsophagoscopie rétrograde, et par cette voie, avec un autre béniqué, nous explorons la surface inférieure du rétrécissement inférieur. Pas de contact immédiat des deux béniqués, mais on a la sensation qu'il existe entre eux un épaississement membranoïde de 1 à 2 centimètres; des mensurations, d'ailleurs forcément approximatives, semblent confirmer le fait. Pas de fièvre, déglutition des liquides bien plus facile, le malade essaye vainement d'avaler un fil.

28 mai 1907. Après *anesthésie locale* cocaïnique, avec notre *porte-coton œsophagien*, qui nous donne une bonne anesthésie de vingt minutes, nous essayons vainement de passer, en position assise, *sans le contrôle de l'œsophagoscopie*, de franchir le rétrécissement supérieur avec des sondes fines, puis des béniqués œsophagiens. *Il nous est impossible de retrouver* l'orifice dont nous connaissons pourtant bien la situation.

31 mai 1907. Œsophagoscopie supérieure cocaïnique. L'orifice, à bords rougeâtres enflammés, est rétréci. Nous passons péniblement un stylet, puis un béniqué n° 10 (fig. D).

6 juin 1907. Œsophagoscopie supérieure cocaïnique. Dilatation facile du segment thoracique rétréci avec un béniqué n° 20.

Pour faire la dilatation continue, nous plaçons assez péniblement avec une pince œsophagoscopique un bout de sonde Nélaton n° 16 dans le rétrécissement supérieur, sous le contrôle de la vue.

Le drain est relié à l'extérieur par plusieurs fils noués autour de

l'oreille. Il est bien supporté et reste six heures en place. Pas de douleur ni de fièvre, malgré l'hémorragie œsophagienne provoquée par la dilatation brusque par le béniqué.

Les jours suivants, la déglutition œsophagienne est bien meilleure; des biscuits et des potages au riz passent facilement. L'enfant essaye vainement d'avaler un fil.

10 juin 1907. Nouvelle œsophagoscopie supérieure cocaïnique. L'orifice supérieur est notablement dilaté, il est ovale, à grand axe postéro-antérieur (4 millim.). Pas d'inflammation des bords. Dilatation avec le béniqué 20, puis 30, qui agrandissent notablement le trou bientôt resserré par un spasme très nettement visible à l'œsophagoscope.

16 juin 1906. Œsophagoscopie supérieure cocaïnique. L'orifice est resté dilaté. Dilatation avec le béniqué 30, essai d'introduction du

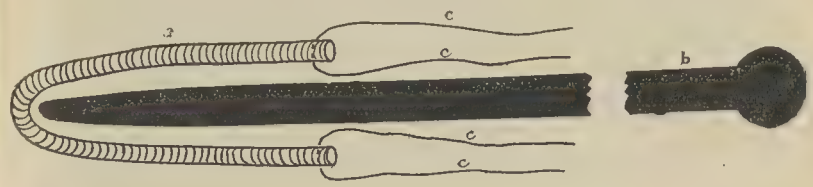


FIG. E.

Caoutchouc introduit dans le rétrécissement supérieur, œsophagoscopiquement et tendu sur un béniqué.
a, caoutchouc; *b*, béniqué; *cc*, fils tenseurs.

caoutchouc n° 24, tendu sur un béniqué, par des fils de traction (fig. E).

Le fond du caoutchouc cède; même manœuvre avec un n° 26, elle réussit. Le drain paraît solidement fixé et a pénétré de 3 ou 4 centimètres au-dessous du rétrécissement supérieur. Il est expulsé spontanément au bout de 16 heures. Les aliments passent ensuite notablement mieux.

21 juin 1907. Œsophagoscopie cocaïnique supérieure. Dilatation très nette, 5 à 6 millim. dans le sens antéro-postérieur, 3 à 4 transversalement. Dilatation facile jusqu'au rétrécissement inférieur avec le gros béniqué n° 30. L'enfant a mangé, l'orifice supérieur se rétrécit transversalement à la fin de la séance, et nous ne pouvons repasser le caoutchouc tendu.

25 juin 1907. Œsophagoscopie supérieure cocaïnique. Le caoutchouc tendu n° 28 pénètre d'un centimètre seulement. Il est aussitôt rejeté. Spasme net de l'orifice supérieur à l'œsophagoscopie. L'enfant a mangé. Nous essayons de coulisser dans le tube de 13 millim. un tube de 7 avec une sonde à son intérieur pour faciliter son passage. Le tube franchit à peine un centimètre. Les manœuvres provoquent un suintement hémorragique notable et de la douleur.

29 juin 1907. L'orifice supérieur présente 6 à 7 millim. dans le sens antéro-postérieur, 4 à 5 transversalement. On aperçoit au-

dessous la muqueuse œsophagienne dans les deux premiers centimètres (fig. F). Dilatation avec le béniqué n° 30 jusqu'au rétrécissement inférieur (34 centim. des arcades). Introduction par œsophagoscopie rétrograde d'un autre béniqué qui refoule le béniqué supérieur en donnant une sensation de choc analogue à celle produite à travers une étoffe d'un centimètre d'épaisseur. Ces manœuvres sont pénibles, amènent de la douleur et un suintement hémorragique bien vite arrêté par un badigeonnage oxygéné œsophagoscopique.

Nous essayons ensuite de coulisser dans le gros tube de 13 millim. un tube de 7 millim. qui pénètre de 3 centimètres environ, mais ne peut aller plus loin, l'œsophage ne se laissant pas distendre.

Signalons que toutes les manœuvres œsophagoscopiques se font, dans ce cas, avec un *gros œsophagoscope* de 13 millimètres très facilement introduit, après anesthésie locale, jusqu'au premier rétrécissement, avec la longue tige que nous employons pour l'*anesthésie locale totale* de l'œsophage. L'introduction se fait à l'aide d'une bougie passant presque à frottement dans le gros tube. Comme l'introduction des *gros béniqués*, dans le tube de 13 millimètres, supprime la vision, nous plaçons le tube de façon que l'orifice soit très exactement à son centre, et le béniqué est alors facilement introduit sans voir, généralement du premier coup, sauf quand un mouvement du malade déplace un peu le tube, il est facile alors de recommencer la manœuvre.

Malgré la rigidité et la grosseur des béniqués employés, toutes ces manœuvres, d'ailleurs très prudemment faites, sont faciles et sans danger. Ajoutons cependant que les *battements aortiques* se manifestent très nettement immédiatement au-dessous du rétrécissement.

Comme la dilatation ne va pas assez vite, notamment la dilatation du trajet intermédiaire, nous nous proposions d'essayer les *laminaires* pour permettre de voir et de sectionner le rétrécissement inférieur par voie supérieure, méthode plus sûre que par la voie rétrograde, étant donné le parallélisme de l'œsophagotome avec l'aorte.

En cas d'échec des laminaires, nous nous proposions même de nous rapprocher de 14 centimètres du rétrécissement en faisant une *œsophagostomie cervicale basse*, qui certainement nous aurait bien facilité les manœuvres de dilatation, et surtout l'œsophagotomie interne supérieure du rétrécissement inférieur. Heureusement pour le malade, la déglutition s'est bien mieux faite, les soupes de pain peuvent passer, et le 3 juillet 1907 il peut ainsi faire passer dans son estomac par déglutition un fil sans fin muni à son extrémité de deux petites perles. Spontanément, le fil sans fin, sort par la fistule gastrique, et nous nous dépêchons de le nouer. La partie semble donc gagnée.

4 juillet 1907. Nous essayons vainement de faire passer au niveau du rétrécissement inférieur un bout de sonde Nélaton n° 8; insuccès

par les deux voies supérieure et inférieure. La sonde est arrêtée, elle forme un petit coude par suite de l'attache latérale du fil sans fin. Le rétrécissement inférieur est très serré. On met un double fil pour dilater, et au passage des nœuds de jonction du fil on constate un arrêt bientôt franchi. Il semble que le rétrécissement inférieur mesure 1 millimètre environ de diamètre.

6 juillet 1907. Le double fil joue librement dans le rétrécissement inférieur. Nous faisons trois nœuds rapprochés et de grosseur croissante. Les deux premiers passent facilement de l'estomac dans l'œsophage; le troisième passe plus difficilement en ramenant une gouttelette de sang. Le diamètre est de 2 millimètres environ.

Nous essayons vainement, à deux reprises, de passer une sonde

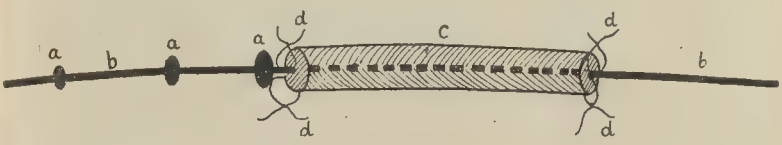


Fig. G.

Fil sans fin (*b*) avec des nœuds de dilatation (*aaa*) précédant le caoutchouc dilatateur (*c*) fixé au fil sans fin (*dd*).

n° 10, et finalement, nous y arrivons en plaçant la sonde immédiatement derrière le gros nœud, le fil circulant dans l'intérieur de la sonde. Mais, pour le faire passer, il faut encore fixer l'autre bout de la sonde sur le fil avec le doigt. Le drain passe très à frottement sur quelques centimètres et son autre extrémité ressort par l'orifice de gastrostomie. Toutes ces manœuvres sont assez pénibles, provoquent des spasmes pharyngés, de la salivation et des vomissements alimentaires par la fistule gastrique. Le drain est laissé à demeure.

8 juillet 1907. On passe par le même procédé une sonde n° 14, assez difficilement d'ailleurs.

18 juillet 1907. Dilatation progressive caoutchoutée ; on passe le n° 18, toujours par voie rétrograde.

28 juillet 1907. La dilatation continuée pendant quelques jours par M. Monod, interne du service, aboutit au n° 22.

Jusqu'à ce jour, nous avons employé un double fil de soie, mais en essayant de faire passer le n° 22, notre fil casse sans que nous puissions rétablir la continuité du fil sans fin.

La dilatation est heureusement suffisante pour que l'enfant avale de suite un *très gros fil* de soie qui bientôt ressort par la fistule gastrique.

Nous plaçons donc une sonde de caoutchouc n° 22, suivant le schéma représenté dans la figure ci-dessous, et constatons que l'orifice supérieur non dilaté pendant quinze jours s'est refermé, tandis que l'orifice inférieur laisse passer très facilement la sonde avec une sensation d'arrêt, puis de ressaut, presque nulle (fig. G).

Toute tentative de dilatation supérieure, soit directe, soit rétro-

grade, est douloureuse et provoque aussi des vomissements par voie buccale et gastrique et une expectoration sanguinolente.

30 juillet 1907. Avec une sonde n° 12, nous arrivons péniblement, malgré la vaseline, à franchir le rétrécissement supérieur après plusieurs essais par voie rétrograde. La sonde reste six heures en place et est repoussée spontanément de haut en bas.

8 août 1907. La sonde est changée tous les deux jours; on passe successivement les n° 14, 16, 18, 21, toujours avec le fil sans fin par voie rétrograde; l'introduction par voie directe bucco-œsophagienne est plus difficile ; elle provoque des nausées, amenant des vomissements buccaux et gastriques et du spasme intense de l'œsophage, au niveau du rétrécissement supérieur.

La sonde reste de 6 à 10 heures en place, mais le malade la remet lui-même en place très facilement; elle est toujours rejetée de haut en bas par les contractions œsophagiennes ; elle est longue de 25 centimètres ; l'introduction au niveau du rétrécissement inférieur et du trajet intermédiaire se fait sans aucun à-coup, tandis qu'il y a encore une sensation nette de ressaut au passage de l'orifice supérieur.

10 août 1907. On passe facilement le n° 24; depuis deux jours, l'enfant constatant que la sonde passe bien mieux si le port en est permanent, retire la sonde quand il veut manger et la remet lui-même sans difficulté peu après le repas ; la manœuvre est facile et ne provoque ni douleur ni hémorragie.

L'alimentation est parfaite, tout passe par la bouche, même la viande ordinaire et la salade ; l'alimentation devient uniquement buccale.

Si la sonde est laissée sur toute sa longueur et que par conséquent son extrémité inférieure sorte par la fistule gastrique, il y a une grosse déperdition de salive qui filtre par la lumière de la sonde et inonde le pansement compressif de la fistule gastrique.

L'état général est parfait.

20 août 1907. Pendant plusieurs jours, la sonde n'est pas remontée assez haut, de sorte que le rétrécissement supérieur s'est très rétréci ; on est obligé de revenir au n° 19 ; le rétrécissement inférieur et le trajet intermédiaire sont également très difficiles à franchir ; les manœuvres de traction sur le fil provoquent de la douleur, des nausées, des vomissements et aussi du spasme.

L'œsophagoscopie supérieure, sous cocaïne, montre un rétrécissement notable de l'orifice, et l'œsophagoscopie rétrograde nous permet de constater que le fil de dilatation se dirige en arrière et à droite, mais le trajet est tellement oblique que nous ne pouvons placer notre œsophagoscope au niveau de l'orifice inférieur dilaté.

27 août 1907. Avec de la patience, le temps perdu a été regagné et actuellement le petit malade fait lui-même toutes les manœuvres de dilatation ; il en est au n° 30; il enlève la sonde pour manger et la remet ensuite par voie rétrograde très facilement après avoir lavé la sonde, bien entendu, à l'eau bouillie.

6 septembre 1907. Le n° 32 passe facilement.

Mai 1908. Le malade a continué à se dilater; le rétrécissement supérieur se referme partiellement; à ce moment, l'examen œsophagoscopique montre que la sténose supérieure est encore serrée; néanmoins, sous anesthésie générale et à l'aide d'un mandrin demi souple, on coulisse jusqu'au cardia un tube de 9 mm. Le rétrécissement inférieur a disparu, mais le calibre de l'œsophage est réduit et son aspect un peu cicatriciel sans rétrécissement localisé. On fait l'*œsophagotomie interne* du rétrécissement supérieur avec l'œsophagotome de Guisez. Section antérieure et section latérale gauche.

Suites normales; l'enfant continue de se dilater progressivement; il est toujours obligé de laisser une sonde à demeure.

Observation VI. — Garçon de 4 ans adressé à M. le Dr Albertin par le Dr Seu de Rouville (de Saint-Paul-Trois-Châteaux).

Ce malade a avalé, il y a quelques mois, du liquide d'olives; consécutivement il eut de la sténose œsophagienne améliorée par la dilatation méthodique.

Le médecin pouvait passer assez facilement la sonde. On espace les cathétérismes qui deviennent bientôt de plus en plus difficiles. L'enfant s'alimente mal.

L'œsophagoscopie, pratiquée le 8 octobre, sous anesthésie générale au Billroth, avec un tube de 13 millimètres, introduit assez facilement, à l'aide d'une sonde par la gouttière droite, montre à la partie supérieure du thorax une sténose membranoïde très serrée; nous tombons de suite sur un petit orifice de 2 millimètres de diamètre environ, situé *très latéralement* en arrière et à droite. Sous le contrôle de la vue, nous passons une sonde n° 18 et un béniqué n° 20. Mais au-dessous du rétrécissement thoracique supérieur, la filière, quoique franchissable, est très serrée. A la fin de la séance œsophagoscopique, et malgré la dilatation, l'orifice était manifestement rétréci par du spasme.

Suites normales; pas de bronchite; alimentation plus facile. Les durées peuvent passer 24 heures après la dilatation.

10 octobre. Dilatation facile, en position assise, après anesthésie cocaïnique pharyngo-œsophagienne. On passe une sonde n° 20, mais elle ne pénètre pas très bas.

14 octobre. La dilatation est faite tous les deux jours après cocaïnisation. La sonde n° 20 franchit bien le rétrécissement supérieur (à 10 centimètres), mais elle est arrêtée plus bas. Il est vrai que son extrémité n'est pas filiforme, l'exploration montre qu'il existe deux rétrécissements :

1° Le supérieur à 19 centimètres des arcades dentaires bien vu à l'œsophagoscope.

2° L'inférieur thoracique nettement constaté à la sonde et facilement franchissable uniquement avec les bougies filiformes de Hamonic.

3° La portion intermédiaire est uniformément serrée, mais dilatable. L'alimentation se fait beaucoup mieux.

26 octobre. La dilatation avec la sonde de Hamonic n° 2 et avec les

sondes ordinaires n° 21 ont permis de dilater tout l'œsophage. L'alimentation est parfaite, l'enfant mange de tout. Il est renvoyé à M. le Dr Seu qui fait trois cathétérismes par semaine.

1er décembre 1907. Le malade va très bien, l'alimentation est parfaite, la sonde de Hamonic passe très facilement.

Avril 1907. Même état, même degré de dilatation ; la dilatation est faite tous les mois ; seuls les morceaux de viande ne peuvent pas bien passer.

Observation VII. — Mlle A..., 16 ans. Elle a une *grosse scoliose thoracique* moyenne et inférieure, à convexité droite, ayant débuté à six ans et non améliorée par le port d'un corset orthopédique de Martin depuis l'âge de neuf ans. Arthrite bacillaire du coude gauche, depuis six mois, très améliorée par les pointes de feu et l'immobilisation.

Il y a un mois, elle a avalé de l'*acide sulfurique* ayant servi à nettoyer des tonneaux et présentant la teinte du vin. Elle l'a bu en mangeant, et cependant l'a recraché de suite ; douleur cervicale et thoracique supérieure pendant quatre jours, alimentation facile pendant quinze jours, avec cependant des régurgitations et des vomissements glaireux.

10 septembre. Depuis huit jours les solides ne passent plus et toutes les sondes sont arrêtées à 20 centimètres. Pas de brûlures de la bouche, du larynx et du pharynx. Rien aux poumons. Elle rentre à la Charité.

13 septembre. M. le Dr Barjon, en faisant la radiographie, constate que l'œsophage se recourbe et suit la déviation de la colonne qui commence vers la 3e ou 4e dorsale.

16 septembre. L'œsophagoscopie sous anesthésie locale en position couchée montre une cicatrice membranoïde à 23 centimètres des arcades dentaires supérieures.

L'œsophagoscopie, mal supportée, est très écourtée, néanmoins, nous pouvons passer une sonde n° 10. Le même soir, l'alimentation est bien plus facile.

20 septembre. Nouvelle œsophagoscopie sous cocaïne ; insuccès en position assise par la gouttière gauche avec l'œsophagoscope de 13 millimètres. On est arrêté par la colonne vertébrale. On passe à droite, mais l'œsophagoscope est mal toléré. On le retire.

23 septembre. Œsophagoscopie en position couchée sous cocaïne. Le tube de 13 millimètres passe du premier coup par la gouttière droite ; nous trouvons de suite un orifice *latéral* antérieur droit ressemblant à une glotte oblique s'ouvrant et se refermant comme elle dans les grands mouvements respiratoires (la malade respire très fort). Mais cet orifice se referme à toute tentative d'introduction d'une sonde, car la malade se contracte fortement. Nous apercevons au-dessous l'œsophage dont la muqueuse est normale, mais le calibre progressivement rétréci. Ni le stylet, ni le porte-coton cocaïné ne peuvent passer, la malade suffoque, ablation du tube.

24 septembre. Nouvelle œsophagoscopie sous-cocaïnée, l'orifice est plus rétréci ; mais comme la malade est plus calme, on passe des bénigués et le stylet rigide qui sont arrêtés à 30 centimètres des

arcades; une sonde n° 13 va jusqu'à l'estomac. Les manœuvres ont amené un peu de sang. Suites normales, légère douleur cricoïdienne pendant 48 heures. Les potages passent bien.

2 octobre. Une sonde n° 15 passe très difficilement, malgré l'anesthésie locale de l'œsophage.

Fin octobre 1907. Cathétérisme trois fois par semaine, toujours après anesthésie locale du pharynx et de l'œsophage. La sonde n° 28 franchit les deux rétrécissements.

Fin novembre. Le cathétérisme a été régulièrement continué. La plus grosse bougie de Bouchard passe quoique péniblement. L'alimentation est parfaite.

Observation VIII. — (Publiée par MM. Viannay et Bouret, in *Revue mensuelle des mal. de l'enfance*, mars 1907). Enfant vu en 1906 par le Dr Viannay, suppléant le Dr Nové-Josserand. Scarlatine grave 6 mois avant, avec albuminurie, otorrhée, adénite cervicale suppurée; gêne progressive de la déglutition, régurgitations œsophagiennes, arrêt à 270 mm. des arcades dentaires. Nous pratiquâmes l'œsophagoscopie qui montre l'existence d'une vaste dilatation œsophagienne au-dessus de la sténose infranchissable, bien que l'on aperçoive un pertuis; la trompe à eau eut à vider un véritable estomac œsophagien; muqueuse rouge congestionnée; température de 39° 5 le soir.

M. Viannay pratique la gastrostomie d'urgence le lendemain, fait de suite le cathétérisme rétrograde avec un conducteur, passe un fil buccal, fait la dilatation progressive; amélioration et augmentation de poids très rapide [1].

Nous avons observé *plusieurs cas de sténose par spasme, avec et sans ulcération.*

Deux de ces cas ont été publiés dans le *Lyon médical*, 17 février 1907. Un troisième cas d'œsophago-spasme supérieur, infranchissable pour un cancer du cardia a été observé avec M. Gayet.

Un quatrième cas de *spasme médio-thoracique* a été vu avec MM. Chatin et Renard chez un *malade atteint de néoplasme du pylore méconnu.*

Nous ne parlons pas, bien entendu de ces spasmes, plus ou moins intenses, immédiatement subjacents à la tumeur, spasmes bien décrits dans l'article récent de Guisez, *Presse médicale*, 1908; ils sont assez fréquents.

Observation IX. — M. L., 46 ans. Voici l'observation résumée en quelques lignes.

Père mort alcoolique, fièvre typhoïde grave au régiment, avec troubles nerveux. Opéré de fistule anale avec hémorroïdes. Bron-

1. Nous avons actuellement en traitement 3 cas de sténose cicatricielle dont deux très graves.

chite chronique peut-être bacillaire, malade très nerveux, signes de sténose œsophagienne grave. Examen laryngé négatif.

Le 30 avril 1905, radiographie par le Dr Destot. Le cachet de bismuth est arrêté dans la région cricoïdienne et reste demi-heure sans descendre. Il est même parlé de gastrostomie immédiate. On essaye néanmoins, sous le contrôle de la méthode de Kirstein, la dilatation après anesthésie cocaïnique pharyngée basse. Une sonde de 8 millimètres de diamètre passe. Diététique habituelle, bromure ; surtout éviter les excitations ; c'est un excité génital.

A l'œsophagoscopie, après cocaïnisation basse, on met la grosse spatule de Killian qui est arrêtée à 0,17 centimètres de la bouche. Très nombreuses mucosités. L'œsophage fait saillie à ce niveau, en couronne, sans fermeture complète, mais la muqueuse est saine ; pas d'ulcération; pas de gonflement localisé.

Après quelques séances de cathétérisme avec des sondes plombées, le calibre de l'œsophage est rétabli. Le malade prend de la bronchite chronique et passe l'hiver sans incident en Algérie.

Le 23 avril 1906, le malade revient, il est énervé et les aliments passent très mal. Nouvelle œsophagoscopie en position assise après anesthésie avec ma tige souple œsophagienne. Nouvel arrêt à 17 centimètres, et l'on constate un gonflement circulaire incomplet, en virole, avec muqueuse saine ; les tiges de cocaïne et d'adrénaline forcent la sténose et l'on peut faire passer jusqu'au cardia sans difficulté un long œsophagoscope de 9 millimètres. De suite le malade peut avaler. Ultérieurement quelques séances de dilatation après cocaïne; depuis, l'alimentation se fait assez bien. En 1908 le malade n'a plus de troubles œsophagiens, mais il a de la bronchite et de la laryngite probablement bacillaires.

Observation X. — Il s'agit d'une femme de 47 ans, qui ne présente rien dans ses antécédents héréditaires. Sur six enfants, deux sont morts de convulsions ou de troubles cérébraux dans les premiers jours. Fièvre typhoïde grave il y a onze ans avec dysphagie. Pas de signe de syphilis. Pleurésie avec épanchement à droite il y a quatre ans ; rétablissement au bout de cinq mois sans phénomènes pulmonaires, paraît-il. Elle tousse tous les hivers depuis sa pleurésie.

Fin décembre 1905. Cuisson à la gorge et dysphagie pour les aliments durs et épicés.

Elle est vue le 19 mai 1906, elle a maigri de 8 kilogs en quatre mois sans toux. Insuccès d'un traitement ioduré qui lui a amené des éruptions. Pas d'histoire de corps étranger. L'examen laryngo-trachéoscopique ordinaire ne révèle rien. Cœur un peu gros avec un léger souffle systolique de la pointe. Aux poumons, respiration un peu faible au sommet sans râles. A l'exploration de l'œsophage, une sonde moyenne passe facilement ; *en explorant l'œsophage avec un long porte-coton cocaïné, on localise le point douloureux à droite, au niveau du cartilage cricoïde environ* ; on conseille une alimentation molle et surtout lactée, de la poudre d'orthoforme et surtout du repos.

Le 26 du même mois, pas d'amélioration, toujours ce point douloureux fixe cricoïdien à droite. Après anesthésie locale de la bouche, du pharynx et de l'entrée de l'œsophage, introduction, en position assise, par la gouttière pharyngée gauche, d'un tube biseauté de Killian; à 17 centimètres des dents à droite, un peu au-dessous de la région cricoïdienne, on constate sur la paroi latérale une ulcération vertico-ovalaire irrégulière, de coloration grisâtre, à sécrétion abondante de la dimension d'une pièce de 50 centimes environ. Pas de corps étrangers, ni d'arête. Elle est entourée d'une zone surélevée non ulcérée. On badigeonne fortement l'ulcération avec le porte-coton œsophagoscopique bien imbibé de cocaïne et d'adrénaline. Pas de ganglions de voisinage. Diagnostic : *ulcération œsophagienne latérale droite sous-cricoïdienne, probablement néoplasique.* On conseille, en plus du traitement antérieur, de la liqueur de Fowler et, au besoin, de la dilatation avec des sondes.

Le 10 juillet 1906, nous recevons les renseignements suivants : « Depuis le 11 juin, la malade va mieux, elle mange facilement de tout en digérant très bien, pas de fièvre. Elle a repris son travail depuis le 14 juin et a engraissé de 400 grammes. Elle ne souffre plus pour avaler. »

Le 8 décembre 1906, nous apprenons qu'elle a engraissé de 5 kilogs et qu'elle garde son poids ; pas de douleurs ; reprise de son travail depuis trois semaines. Légère toux et sensation de plaie à la gorge, pas à l'œsophage ; elle aurait de la fièvre; la malade est à revoir: néanmoins ce n'est guère l'allure régulière et fatale d'une ulcération néoplasique de l'œsophage ; s'agirait-il d'une ulcération traumatique ou *bacillaire* ?

Observation XI. — *Cancer du cardia* ; *œsophagospasme supérieur infranchissable.* Homme adulte observé à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Tixier, suppléé par M. Gayet.

Le 25 août 1906, anesthésie de l'œsophage avec le long porte-coton métallique flexible que j'emploie pour l'anesthésie complète de l'œsophage en pareil cas. Malade en position couchée, introduction de la spatule bivalve avec une sonde en gomme comme introducteur, puis mise en place de l'œsophagoscope de 9 millimètres ; arrêt vers la fourchette. Les explorations répétées à ce niveau avec la tige porte-coton imbibée de cocaïne et d'adrénaline ne ramènent pas de sang, mais on ne peut pénétrer à plus de 1 centimètre. Le stylet droit force sur 2 centimètres et franchit péniblement le rétrécissement à la partie postérieure. Le rétrécissement commence à 19 centimètres des arcades dentaires en position couchée et en hyperextension. Pas de mucosités.

L'examen œsophagoscopique démontre l'*absence de dilatation au-dessus du rétrécissement.* Pas de battement aortique, pas de battement de la tumeur, pas d'ulcération. Les deux parois latérales très épaissies laissent entre elles une très mince fente antéro-postérieure un peu plus large en arrière. La muqueuse a une teinte blanc-rougeâtre, elle est rouge sombre au niveau de la fente ; la sténose a la

forme d'un anus très serré. Impossibilité de passer malgré 20 minutes d'essai et de cocaïnisation.

Gastrostomie absolument indiquée et pratiquée le lendemain. Mort quelques jours après. *Autopsie : Cancer du cardia* ; pas de lésion de l'œsophage à la fourchette ; il s'agissait d'un spasme.

Observation XII. — L. E., 75 ans, Infirmerie des vieillards : *sténose œsophagienne (spasme) : cause du spasme ? peut-être néoplasme latent de l'estomac ?* (observation remise par M. Chatin et Renard).

Pas d'antécédents vénériens, jamais de brûlures. Débitant de vins pendant vingt ans, buvait du vin rouge, jamais d'absinthe. Pas de passé gastrique, toujours bon appétit. Jamais de maladies.

En 1901, sans prodrome aucun, au cours d'un repas de boudin, le malade dut interrompre son repas. Il avait la sensation que sa dernière bouchée était arrêtée au niveau de son sternum et respirait avec peine et angoisse. Il rendit son repas et remarqua dans ses vomissements des aliments ingérés la veille. Toute alimentation solide fut de ce jour interrompue et le malade institua un régime d'aliments pâteux. Le moindre aliment solide occasionnait une régurgitation immédiate.

La santé générale du malade n'en fut pas altérée.

A l'examen, on ne note rien au cœur, pas de signes d'ectasie aortique ou de compression médiastinale. Rien à la voix. Un peu d'oppression et quelques râles à la base gauche. Le malade est un nerveux qui s'observe attentivement.

M. Villard, à l'hôpital de la Croix Rousse, introduisit avec peine des sondes œsophagiennes. Les examens radiographiques sont toujours restés négatifs au point de vue ectasie aortique ou compression.

L'épreuve du cachet de bismuth le montre animé de quelques oscillations dans le tiers supérieur de l'œsophage.

L'examen œsophagoscopique montre un spasme de la portion thoracique au 1/3 supérieur, franchissable avec la tige cocaïnique ; pas de tumeur.

Pas de fièvre.

Depuis cet examen, le malade présente des signes de sténose pylorique ; grands vomissements survenant tous les six à sept jours, estomac dilaté à la percussion, clapotage.

Dans leur intervalle, le malade s'alimente et ne souffre plus. Ces vomissements immobilisent le malade pendant un ou deux jours, se font avec efforts et souffrances, sont clairs avec quelques parcelles alimentaires.

Le malade s'affaiblit et maigrit ; *à l'autopsie : néoplasme sous-pylorique.*

En somme, il existe des *sténoses qui, sans l'œsophagoscopie, seraient classées cancer, mais l'œsophagoscopie démontre aussi l'existence indéniable de spasmes œsophagiens situés loin de la*

tumeur : ainsi par exemple un spasme thoracique supérieur, symptomatique d'une tumeur du cardia et même un spasme médio-thoracique, symptomatique d'un néoplasme méconnu du pylore.

Certes, ce ne sont pas des faits absolument nouveaux en clinique, mais l'œsophagoscopie vient confirmer *de visu* ces données cliniques encore peu classiques.

Ces spasmes sont parfois franchissables, ce sont des *spasmes en virole*; mais quand nous avons rencontré les *spasmes en anus serré*, nous n'avons jamais pu passer même avec beaucoup de patience et de cocaïne.

3) Nous avons fréquemment utilisé l'œsophagoscopie comme diagnostic du *néoplasme de l'œsophage*. Nous n'avons rien observé de bien spécial dans cet ordre d'idée, nous ne voulons pas nous y attarder ; signalons seulement *deux cas curieux de néoplasme de l'entrée de l'œsophage et de la gouttière pharyngée.*

Dans les deux cas, les *récurrents étaient touchés* et un de ces malades trachéotomisé par nous pour sténose par compression récurrentielle bilatérale, est mort de broncho-pneumonie cinq jours après la trachéotomie.

Observation XIII. — *Néoplasme végétant de l'entrée de l'œsophage ; compression récurrentielle bilatérale, œdème cervical antéro-inférieur, suffocation ; intercrico-trachéotomie d'urgence ; mort de broncho-pneumonie*, par Gelibert et Sargnon.

Homme, 54 ans ; une sœur morte d'un cancer abdominal ; le carreau dans l'enfance, bronchite il y a 5 mois ; amaigrissement et dysphagie progressive ; gêne respiratoire depuis 3 mois ; toux de compression ; voix modifiée ; *œsophagoscopie* avec un tube à mandrin ; néoplasme saignotant bourgeonnant circulaire en bourrelet de l'entrée de l'œsophage, plus marqué en avant.

Larynx : adduction incomplète des cordes, abduction limitée ; à la *trachéoscopie indirecte*, pas de battements aortiques.

Janvier 1908 : suffocation depuis 3 jours ; adduction des cordes, œdème de la base du cou en avant, ce qui oblige à faire une intercrico, qui n'est pas exsangue à cause de la profondeur des parties molles ; mort 5 jours après de broncho-pneumonie ; autopsie impossible.

Observation XIV. — *Sténose œsophagienne, néoplasme de l'entrée de l'œsophage ; compression récurrentielle bilatérale*, par Goullioud, Sargnon et Giuliani.

Desseigne, Pierre, âgé de 57 ans, retraité du chemin de fer, né à Ranchal (Rhône) et demeurant à Lyon, route de Vienne, 29.

Il entre à l'hôpital le 19 décembre 1907, pour rétrécissement de l'œsophage et difficulté de la digestion, déglutition.

A. H. — Mère morte d'un cancer de l'estomac à 67 ans. Père mort d'une maladie de cœur à 69 ans. Une sœur morte à 6 ans de la coqueluche, l'autre d'affection indéterminée.

Marié. Femme bien portante : un garçon mort à 18 jours d'une affection de la bouche, une fille de 23 ans bien portante.

A. P. — Pas de maladies d'enfance. Pas de spécificité. A 56 ans, cirrhose du foie avec oscite et œdème des cuisses et des jambes des deux côtés. Il entre à l'Antiquaille dans le service de M. Courmont qui lui fit faire 3 ponctions. Après 45 jours passés à l'hôpital, il revient chez lui amélioré et suit le régime lacté. Chez lui le docteur Boyer lui fit encore 8 ponctions. Depuis le 16 février 1907, le malade ne se plaint plus de son foie et n'a plus d'oscite.

Affection actuelle. Il y a 1 mois 1/2 que l'affection paraît avoir débuté. Le malade sentit soudain une douleur au niveau de la fourchette sternale, puis au-dessus au niveau du bord droit du cartilage thyroïde. Il lui semblait qu'un corps dur frottait sur son conduit alimentaire. Cette douleur se produisait par moments en dehors de toute cause. Deux fois, il cracha du sang.

Depuis une quinzaine de jours, les douleurs sont allées croissantes et en même temps persistantes, avec paroxysmes au moment où le malade fait des mouvements de déglutition pour avaler ses aliments.

Difficulté de la déglutition, le malade ne peut avaler même sa salive, ce qui l'oblige à cracher continuellement.

Pas de vomissements ; rejet seulement des aliments qui ne peuvent passer.

Depuis lundi dernier 16, il a un peu d'extinction de la voix et de la difficulté par suite pour parler. Gorge constamment sèche et douloureuse. Depuis le 16 aussi, toux grasse survenant par instant, et céphalée frontale fréquente avec irradiations aux oreilles.

Examen. — On sent nettement le rebord inférieur du foie à 2 ou 3 travers de doigt au-dessous des fausses côtes droites ; cet organe ne paraît cependant pas augmenté de volume.

On ne voit rien d'anormal du côté du cou, peut-être perçoit-on vaguement deux petits ganglions situés de chaque côté au niveau des ailes du cartilage thyroïde. Ce qui est très net, ce sont deux ganglions situés à droite et à gauche au niveau de l'angle du maxillaire inférieur, ganglions de la grosseur d'une noisette. Rien ailleurs.

État général. — En 15 jours, amaigrissement de 1 kilogr. 500. Bon appétit, mais ne peut manger à sa faim. Langue bonne. Bonne digestion. Un peu de constipation depuis quelques jours. Pas de vomissements, quelques regurgitations. Pouls 96.

Cœur. Poumons. Rudesse respiratoire au sommet gauche en arrière.

Examen endoscopique. — Adduction très marquée des deux cordes vocales. La corde vocale droite paraît ne pas se bouger, la gauche a encore quelques petits mouvements. La droite est arquée et semble paralysée. Le malade ne peut émettre la lettre E. Voix bitonale. Pas d'œdème de ses gouttières ; l'affection serait proba-

blement localisée au-dessous de ses aryténoïdes ; à la palpation du cou, on constate de la douleur au niveau du corps thyroïde qui semble plus épais de ce côté.

Avec un petit œsophagoscope on constate un obstacle très serré de la région cricoïdienne et œsophagienne. La muqueuse forme à ce niveau un bourrelet infiltré, rougeâtre, sans ulcération apparente ; le contact de l'instrument même très minime amène de suite des exulcérations. La lumière médiane est extrêmement étroite.

Même manœuvre avec un œsophagoscope plus étroit (9 mm. au lieu de 13 mm. de diamètre), il ne peut passer et le spasme ayant augmenté on ne voit même plus la lumière du canal. Pas de bourgeons visibles. Le malade prend des spasmes tels qu'on est obligé d'arrêter les mouvements.

Une nouvelle exploration avec le porte-coton anesthésique n'est pas plus heureuse. Elle ramène du sang comme d'ailleurs au début de l'examen.

Le malade quitte l'hôpital.

Nous avons observé avec MM. Gayet et Tixier un cas de néoplasme diffus du cardia et du sous-cardia, vérifié par gastrostomie; nous avons fait le diagnostic de cancer du cardia.

4) Nous n'avons pas fait l'œsophagoscopie pour l'*extraction des corps étrangers* dans l'œsophage, car nous avons adopté la technique suivante :

Nous enlevons les *sous récents au crochet de Kirmisson*, manœuvre facile, très rapide et sans danger. Naturellement, nous n'avons jamais utilisé le panier de Graeffe, que nous considérons comme dangereux.

Nous traitons systématiquement nos cas de corps étrangers refoulables par notre méthode d'anesthésie totale de l'œsophage et le refoulement ou plutôt le désenclavement cocaïnique.

Nous avons eu jusque-là *6 succès sur 6 cas*. La manœuvre est *très rapide*, acceptée et tolérée par tous les malades et sans aucun inconvénient. Nous décrirons plus loin notre procédé[1].

Nous n'avons pas eu l'occasion d'œsophagoscoper et par conséquent d'extraire des corps étrangers qu'il serait contre-indiqué de refouler comme un dentier à pointe acérée[2]. Mais dans un cas que nous croyons très rarement observé, nous avons constaté à l'œsophagoscopie une fistule trachéo-œsophagienne. Voici cette curieuse observation.

Observation XV. — *Pierre avalée; essai brutal d'extraction; fistule*

1. Nous venons de refouler avec succès, dans le service du docteur Bérard, une arête implantée depuis 13 jours au bas de la gouttière pharyngée gauche à la naissance de l'œsophage.

2. Voir l'addendum.

traumatique œsophago-trachéale; emphysème sous-cutané; œsophagoscopie: guérison, par Sargnon, Thevenot et Vignard.

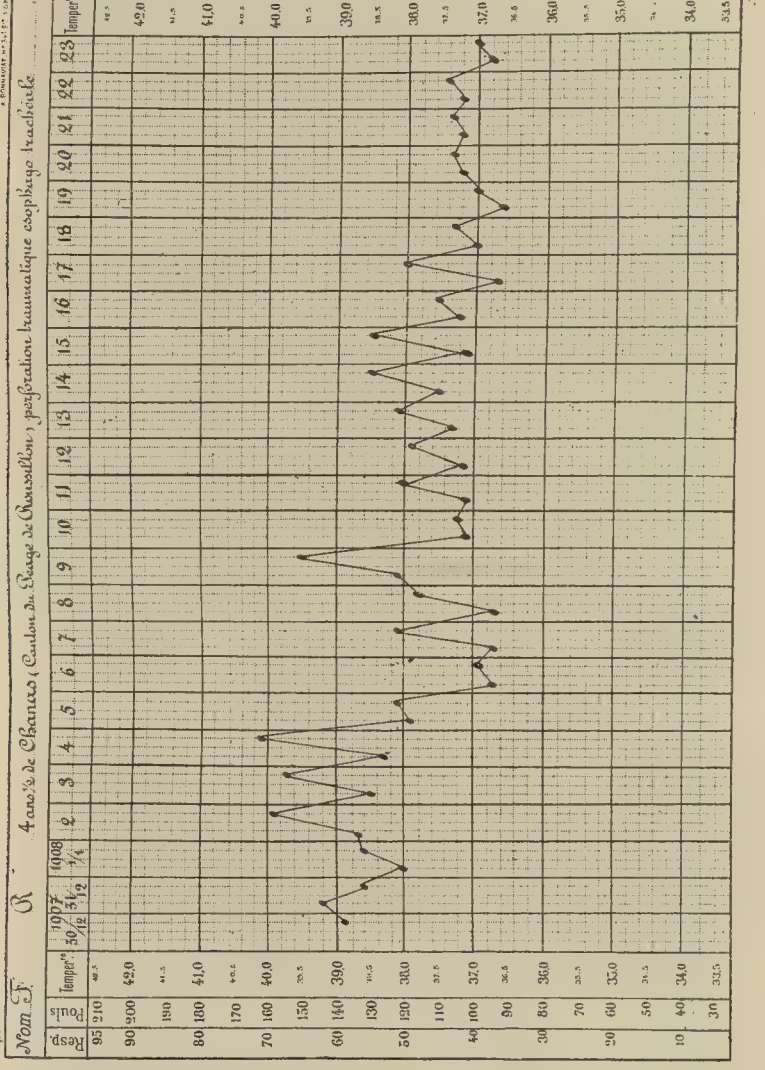
F. R., 4 ans 1/2. Chanas, canton du Péage-du-Roussillon (Isère).

30 décembre 1907. L'enfant rentre avec de l'emphysème du cou et du thorax, surtout à gauche. Bonne santé antérieure, pas d'adénoïdisme, voix bonne.

Le 28, à 8 h 1/2 du matin, il a avalé brusquement une pierre qu'il tenait dans la bouche. Il jouait, dit sa mère, avec des pierres moins grosses qu'une gobille. Il y en avait de rondes, d'autres pointues. Étouffement subit pendant quelques instants. Un voisin cherche à retirer la pierre en enfonçant le doigt dans la gorge et ne l'aurait pas sentie. L'enfant crache un peu de sang, mais il est soulagé. Depuis lors, très légère gêne respiratoire sans étouffement et il a pu boire de suite de l'huile (deux cuillerées), sans difficulté. Une heure après l'accident, il a pu avaler un biscuit. Le lendemain, il a pu manger des sardines et boire de l'eau rougie, sans provoquer de toux, ni de crachements. Cependant il a commencé à tousser dès le soir de l'accident, et la première nuit il a eu trois quintes de toux. 48 heures après l'accident, le Dr Desgaud a constaté de l'emphysème de la base du cou à gauche, avec une température de 38° 5. L'enfant a été purgé le lendemain de l'accident. Il a eu cinq selles toutes examinées par la mère, sauf la première. La voix a commencé à se prendre le 30 vers 10 heures du matin; le malade rentre le soir avec de l'emphysème de la base du cou et du thorax, surtout à gauche. Une douleur vive, spontanée et provoquée au niveau de la base du cou, un peu en dehors de la ligne médiane à gauche. Il a de la peine à avaler et tousse après chaque déglutition. Température 38° 7 le soir. Pas de gêne respiratoire, pas de suffocation. L'auscultation est négative. L'enfant est anxieux. A 9 heures du soir, comme l'emphysème augmente du côté du thorax et de la face à gauche, avec M. Thévenot, chirurgien de garde, nous pratiquons une œsophagoscopie exploratrice pour examiner s'il y a ou non un corps étranger de l'œsophage. L'œsophagoscopie pratiquée en position couchée, sous examen avec le tube latéral, est assez facilement pratiquée. Au niveau du sternum, on constate un aspect œdémateux de la paroi antérieure de l'œsophage et à ce niveau un petit clapet muqueux ressemblant à une toute petite épiglotte infantile. Les voies respiratoires de l'enfant font manifestement passer de l'air dans le tube. De plus, au niveau de la déchirure, on constate une mousse sanguinolente très nette.

Un peu au-dessus du siège de la perforation, nous constatons une petite plaque de 2 mm. environ, gris noirâtre, comme s'il était resté des débris de terre ou de pierre à ce niveau. Avec le porte-coton œsophagoscopique nous constatons l'intégrité de tout le reste de l'œsophage, ne voulant pas descendre le tube pour ne pas agrandir la perforation. Pour constater la présence ou non de tout débris de corps étranger, nous pratiquons en position assise l'exploration de chaque gouttière avec la tige anesthésique. Tout est libre jusqu'à l'estomac.

On décide donc d'attendre les événements et de faire, suivant le cas, soit l'incision simple, soit la trachéotomie.



Le lendemain, température 39° 2. L'emphysème a augmenté notamment au niveau de la joue gauche. Le malade est assez anxieux. Comme l'emphysème du cou et du thorax est assez considérable, M.

Vignard fait une incision cervicale basse, antérieure, médiane, comme une incision de trachéotomie, mais sans aller jusqu'à la trachée. Les suites sont bonnes. La température diminue les jours suivants. Néanmoins il tousse les jours suivants. Le 2 janvier, température 40° le soir. Submatité nette de plus de la moitié inférieure du poumon gauche ; quelques râles. La température oscille entre 38° et 40° pendant trois jours ; le malade respire assez mal. Défervescence au quatrième jour ; la température oscille autour de 38°. Le 7, pansement de la plaie du cou ; l'emphysème a disparu ; la plaie va bien. L'enfant tousse toujours un peu. Le 10, la température remonte à 39°5 ; submatité très nette à la base gauche, sans râle. Chute le lendemain.

La radioscopie faite le lendemain de l'entrée n'a rien montré.

30 janvier 1908. L'enfant quitte le service, guéri.

2) *Résultats thérapeutiques.* — L'œsophagoscopie nous a donné des résultats thérapeutiques merveilleux, surtout pour les sténoses cicatricielles graves.

En effet, ainsi qu'il est constaté dans les observations que nous avons relatées précédemment, l'œsophagoscopie nous a permis, non seulement la *recherche de l'orifice*, habituellement *très latéral*, mais aussi sa *dilatation momentanée* avec des sondes demi-molles et surtout avec de *longs béniqués œsophagiens*. Nous n'avons vu signaler dans aucune autre publication l'emploi œsophagoscopique de ces béniqués qui nous ont rendu de très grands services. La manœuvre est des plus simples ; avec un petit béniqué, l'introduction dans l'orifice à dilater se fait *de visu* ; quand l'orifice est plus gros, on centre très exactement cet orifice dans la lumière du tube, on introduit son gros béniqué très facilement sans le secours de la vision directe qui, naturellement, est supprimée par l'épaisseur du béniqué.

Ces manœuvres faites très prudemment sont habituellement inoffensives ; elles provoquent seulement un léger suintement hémorragique, facile à combattre avec un badigeonnage oxygéné.

Nous avons essayé aussi la *dilatation prolongée* quelques heures en introduisant dans la partie étroite un *tube de caoutchouc* relié à l'extérieur par plusieurs fils solides. La manœuvre est utile et peut s'employer avec fruit dans les sténoses cicatricielles de l'œsophage avant la gastrostomie.

Dans deux cas, nous avons utilisé à diverses reprises l'*œsophagotomie interne œsophagoscopique.*

Deux fois nous l'avons fait avec notre *œsophagotome à lame cachée* et une fois à travers le petit orifice perméable avec l'*œsophagotome de Guisez.*

Ces deux instruments ont des *indications notablement différentes* :

L'*œsophagotome de Guisez* ou le modèle utilisé par Sencert [1] nous paraissent surtout pratiques pour les *cas où il existe un orifice suffisamment perméable*, c'est la condition indispensable de cet appareil à conducteur. Quand, au contraire, l'*orifice est infranchissable ou non visible*, ce sont des circonstances heureusement rares, le seul instrument possible est notre *œsophagotome à lame cachée*, à tranchant unilatéral, pour porter plus sûrement la section, soit latéralement, soit en avant, et éviter l'aorte en arrière. Pour pratiquer l'œsophagotomie interne avec notre œsophagotome, il faut *bien maintenir le tube œsophagoscopique en rectitude absolue dans l'axe œsophagien*, pour ne pas man-

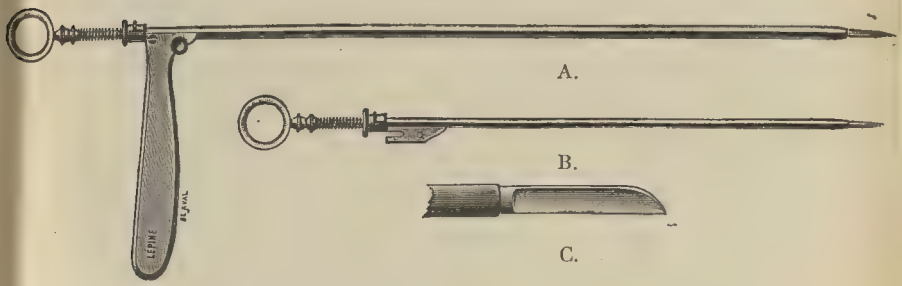


Fig. H.

Œsophagotome œsophagoscopique à lame cachée (Dr Sargnon).
A. — Appareil complet.
B. — Lame et ressort sortis de la gaîne extérieure.
C. — Lame coupante d'un seul côté pour évite l'aorte.

quer le segment inférieur de l'œsophage. C'est là un point capital, mais qui, malheureusement, ne sera pas réalisable dans tous les cas, car il faut compter avec les déviations et aussi les diverticules de l'organe rétréci.

Une fois la section faite, il faut enlever le sang et faire *la toilette de la région* avec la *trompe à eau* et des tiges imbibées *d'eau oxygénée*; puis, *explorer prudemment la perforation* au *stylet métallique* demi rigide. Si la perforation est correctement faite, on *tombe dans le segment inférieur de l'œsophage* et on pousse doucement *le stylet dans l'estomac*. Un aide *dilate l'orifice stomacal* avec son doigt ou au besoin avec les bougies d'Hegar et avec son *doigt* va à la *recherche du stylet*, le recourbe, le ramène, charge sur lui un fil de soie double et fort; on a ainsi le fil ininterrompu stomaco-buccal qui permet-

1. Ou celui employé par Escat.

tra au bout de quelques jours de faire la dilatation avec le drain de caoutchouc, suivant le procédé de V. Haker.

Les *dangers d'une* pareille opération sont, comme le dit *Duchêne* dans son rapport (Société belge de laryngologie, juin 1906), l'*hémorragie mortelle*, la *médiastinite suppurée* ; ajoutons-y la *broncho-pneumonie* et la *fistule trachéo-œsophagienne*. Comme gravité opératoire l'œsophagotomie interne ainsi pratiquée est certainement bien au-dessous de celle de l'œsophagotomie externe thoracique et de toutes les interventions œsophagiennes externes endothoraciques ou abdominales supérieures, dont la mortalité est épouvantable.

A moins de contre-indication grave, nous estimons que la plupart des cas de rétrécissements infranchissables, cicatriciels de l'œsophage doivent être opérés par l'œsophagotomie interne œsophagoscopique, même dans les circonstances, heureusement très rares où aucun orifice ne vient guider l'opérateur.

L'opération qui donne une mortalité à peu près nulle dans les cas de pertuis ou d'orifice, présente évidemment un aléa beaucoup plus grand en cas contraire ; mais, la gravité opératoire n'est pas comparable à celle de l'œsophagotomie externe thoracique.

Dans les *spasmes*, nous avons obtenu, par le fait de la *dilatation* et aussi de l'*anesthésie locale directe* faite sur les fissures et les ulcérations de bons résultats ; l'œsophagoscopie permet évidemment de traiter *de visu* la cause même des spasmes.

Dans le *cancer* les *résultats* obtenus par la *dilatation œsophagoscopique sont nuls* ou tout au moins *tellement momentanés* que l'indication est uniquement une indication de diagnostic.

L'ablation des corps étrangers est évidemment avec la sténose cicatricielle la grosse indication de l'œsophagoscopie thérapeutique ; dans bien des cas, ainsi que nous l'avons dit plus haut, nous lui préférons le refoulement anesthésique, méthode très rapide.

(*A suivre.*)

VIII

LES
PHLEGMONS DU COU D'ORIGINE BUCCO-PHARYNGÉE

(*Suite*).

Par **Jules BROECKAERT** (de Gand).

C. — Complications.

1° *Migration du pus.* — Nous avons déjà signalé la *migration du pus*, suivant des directions variables, comme une complication fréquente, capable de déterminer des accidents graves. Ceux-ci s'observent surtout, comme nous l'avons vu, quand l'abcès siège dans l'espace limité par les aponévroses moyenne et prévertébrale ; la disposition anatomique de cette loge permet au pus de fuser le long de la gaine des vaisseaux et d'atteindre le médiastin. Cette fusée purulente dans la cage thoracique a produit dans quelques cas (Malassez, Lucas-Championnière, Kœnig, Livon, etc.) une médiastinite antérieure ou postérieure, une péricardite ou une pleurésie purulente, un abcès du poumon.

2° *Œdème de la glotte.* — Nous nous contenterons d'indiquer, comme complication rare, l'œdème de la glotte ayant nécessité dans quelques cas la trachéotomie. Nous-mêmes nous avons dû recourir dernièrement à cette opération pour obvier à des accès de suffocation provoqués par un phlegmon primitif de la loge sous-maxillaire ayant envahi secondairement la loge sous-hyoïdienne.

3° *Accidents éloignés.* — Les germes infectieux, causes de l'adéno-phlegmon, peuvent franchir la barrière que leur opposaient les ganglions du cou, et pénétrer dans la circulation générale en réalisant le tableau de la *pyohémie* ou de la *septicémie* (Gilles).

D'autres ganglions plus éloignés du lieu d'infection peuvent être envahis à leur tour. De Stella a signalé un cas d'adénophlegmon du cou compliqué de suppuration phlegmoneuse des ganglions du pli de l'aîne, d'autres ont vu envahir les ganglions axillaires ou mésentériques.

Parmi les autres complications que l'on doit attribuer à une infection en quelque sorte généralisée, nous citerons la *méningite* (Rendu), la *néphrite*, l'*endocardite* (Perrier), la *péricardite*,

la dégénérescence graisseuse du foie, du cœur et des reins (Fallas), etc.

4° *Pénétration du pus dans les voies aériennes et digestives.* — La pénétration du pus dans les voies aériennes, après ulcération des parois, est un accident des plus graves et presque toujours mortel (Binant, Frazer). Gillette a rapporté un de ces cas qui donna lieu à une sténose consécutive de la trachée.

La perforation de l'œsophage et du pharynx est encore une complication possible mais heureusement rare : quelques-uns des cas observés se sont terminés par la mort.

5° *Ulcération des vaisseaux.* — L'hémorragie par ulcération des vaisseaux au contact des foyers purulents est certes la complication qui est le plus à craindre, tant à cause de sa gravité qu'à cause de sa fréquence. Déjà, en 1882, Monod avait rassemblé vingt-huit cas de perforations artérielles à la suite de phlegmons du cou.

Toutes les grandes *artères* du cou peuvent devenir le siège de ces ulcérations. Dans la statistique que Gross publia en 1874, nous trouvons cinq fois la carotide primitive, trois fois la carotide interne, une fois la sous-clavière, deux fois la thyroïdienne supérieure, une fois la linguale, la faciale, la thyroïdienne inférieure. Nous pourrions citer un grand nombre de faits analogues publiés dans les dix dernières années. En parcourant toutes ces observations, nous voyons qu'un certain nombre d'hémorragies ont été foudroyantes; d'autres fois la perte de sang se fit lentement et le chirurgien put même intervenir à temps (cas de Dolbeau, Soçin). Faisons encore remarquer que l'hémorragie se produit tantôt au moment de l'ouverture de l'abcès, tantôt plusieurs jours après l'intervention.

Le processus ulcératif peut aussi atteindre les *veines*, de préférence la jugulaire interne et, avec un peu moins de fréquence, la jugulaire externe. De nombreuses observations se rapportent à ce sujet : citons, entre autres, celles de Gross, Lartin, Chever, Savory, Gilles, Perrier.

6° *Thromboses et embolies.* — Ce sont des accidents qui résultent de la coagulation du sang sous l'influence des processus inflammatoires des parois vasculaires, et sur lesquels Walther insiste beaucoup. Il s'agit surtout d'endophlébite de la jugulaire interne ; la thrombose artérielle est plus rare. On a signalé des embolies de l'artère pulmonaire, des embolies cérébrales, etc.

7° *Phénomènes de compression.* — Nous avons déjà mentionné, au cours de ce travail, certains accidents dus à la compression des organes du cou (pneumogastrique, grand sympa-

thique, trachée). Nous devons encore ajouter quelques mots sur les symptômes graves qui peuvent résulter de la compression de la carotide. D'après Koenig, Walther et d'autres auteurs, il surviendrait dans ces cas des accidents cérébraux plus ou moins graves, du délire, des convulsions, de la céphalalgie, du coma.

D. — Pronostic.

Ce que nous venous de dire des symptômes et complications nous impose un pronostic très réservé, dès qu'il s'agit d'un phlegmon sous-aponévrotique. Le pronostic sera surtout mauvais quand l'affection survient chez des sujets débilités, atteints de maladies chroniques telles que l'albuminurie, le diabète, ou bien quand elle a été abandonnée à elle-même ou que l'intervention a été trop tardive. Dans différentes circonstances, on a observé la mort subite qu'on a attribuée, soit à une lésion du pneumo-gastrique, soit à une syncope, soit à l'introduction de pus dans les voies aériennes ou à des hémorragies foudroyantes.

E. — Diagnostic.

Le diagnostic d'un adéno-phlegmon du cou n'est généralement pas difficile : il suffira de rechercher les symptômes dont nous avons fait la description et de tenir compte de la marche aiguë de l'affection. « Une tumeur douloureuse du cou développée en quelques jours, dit Arrou, est presque sûrement un abcès. »

Au début, il y a grand intérêt à rechercher dans quel groupe ganglionnaire va se développer le phlegmon. Déjà par l'étude de la pathogénie, nous avons appris à connaître quels sont les ganglions qui correspondent à un domaine déterminé de la région bucco-pharyngée; la lésion causale peut donc nous mettre sur la voie de la région anatomique que nous devons explorer plus particulièrement pour y rencontrer de l'adénopathie. La plupart des ganglions sont assez facilement explorables par le palper simple ou mieux encore, comme nous l'avons indiqué plus haut, par le *palper bi-digital*, un doigt étant introduit dans la bouche et appuyant soit sur le plancher buccal, soit sur la paroi pharyngée, et le doigt de l'autre main explorant la région externe du cou. Un point de repère important est la délimitation du muscle sterno-mastoïdien, ce qui permet de localiser l'inflammation dans les ganglions superficiels ou profonds, dans le groupe interne ou externe.

La recherche du pus est ordinairement facile par pression

douce avec le pulpe de l'index sur la région tuméfiée. Dans certaines formes d'abcès profonds, la fluctuation, comme nous l'avons vu, n'est guère aisée à percevoir, et ce n'est qu'en se basant sur l'ensemble des symptômes qu'on soupçonne la présence d'un foyer purulent.

Le diagnostic avec certaines *adénites*, voire même avec l'*adénopathie tuberculeuse* ou *pseudo-tuberculeuse* du cou, est quelquefois très délicat : ici encore il faudra se baser surtout sur la marche et l'évolution de la maladie. L'aspect du pus, après l'ouverture de l'abcès, permet souvent de trancher la difficulté.

L'adéno-phlegmon de la loge sous-maxillaire pourrait être confondue avec l'ostéopériostite de la mâchoire inférieure. Tillaux a particulièrement insisté sur les symptômes différentiels : s'il s'agit d'une lésion de la mâchoire, la tuméfaction, qui répond au corps et au bord inférieur de l'os, s'étend sur la face ; de plus, le *vestibule* de la bouche est douloureux au toucher, tuméfié, avec ou sans fluctuation.

L'absence de toute tuméfaction à l'examen du pharynx suffit pour faire exclure l'adéno-phlegmon latéro-pharyngien ainsi que le phlegmon diffus péripharyngien.

Nous n'insisterons plus sur le diagnostic différentiel entre l'*adéno-phlegmon sous-angulo-maxillaire* et l'*abcès périostique juxta-amygdalien*. Quant au diagnostic du *phlegmon ligneux*, il offre parfois de très grosses difficultés. Le *squirre en plaques diffuses* lui ressemble beaucoup et a été longtemps confondu avec lui, mais la cachectisation précoce dans le cancer, sa marche progressive et envahissante sont ici des indices précieux.

Il faudra aussi songer aux *gommes syphilitiques*, que l'on peut rencontrer dans la région sterno-mastoïdienne : l'erreur ne peut se faire qu'au début, car la gomme arrive bientôt à l'ulcération caractéristique dont l'aspect permet aisément de faire le diagnostic.

Enfin, il faut éliminer l'*actinomycose* dont l'évolution ressemble à celle de certains phlegmons du cou : s'il y a lieu, l'examen de la sérosité qui, dans le cas d'actinomycose, renferme les grains jaunes à mycélium central et massues à couronne rayonnée, lèvera tous les doutes.

F. — Traitement.

Aussi longtemps que le phlegmon n'est pas constitué, la première indication à remplir est de combattre les lésions des fosses nasales, de la cavité bucco-pharyngée, ou autres manifestations locales ou générales qui en sont la cause. Le traitement au début

vise donc à la fois à la suppression des causes prédisposantes et des causes déterminantes.

A côté de ce *traitement causal*, on peut essayer de faire avorter le phlegmon soit par l'application des pommades iodées, ou de larges frictions d'onguent napolitain, soit par des pansements humides antiseptiques (ouataplasme, ouate imbibée d'une solution aseptique chaude).

Nous citerons pour mémoire, sans les recommander, les injections phéniquées à 2 % préconisées par Bertels, les injections interstitielles d'une solution de sublimé et d'acide phénique (Chavasse, etc.).

Si, malgré ce traitement dit *abortif*, la suppuration se produit, il faut recourir au *traitement chirurgical*.

En présence d'un abcès superficiel, on pourra évacuer le pus par une simple ponction capillaire ou une petite incision de manière à éviter au malade, dans la mesure du possible, une cicatrice plus ou moins disgracieuse. La même ligne de conduite sera adoptée quand le pus, provenant d'un abcès circonscrit, situé plus profondément, est devenu superficiel et venu s'étaler sous la peau.

S'il s'agit d'un abcès profond, l'incision hâtive doit être pratiquée avant que le pus ait donné lieu à des complications. Avec Arrou nous estimons « qu'il vaut mieux faire une incision inutile que de retarder une intervention indispensable ». Dans les cas graves, il ne faut même pas attendre que la fluctuation soit devenue manifeste, mais au contraire inciser largement les tissus lardacés jusqu'au delà des limites du mal. C'est surtout dans le phlegmon profond et dans le phlegmon ligneux qu'une prompte intervention doit être la règle. Certains chirurgiens conseillent, dans ces cas, des débridements larges et profonds au thermocautère : nous préférons de beaucoup les incisions au bistouri qui ne nous paraissent pas plus dangereuses que celles faites au galvano- ou au thermocautère.

Deux voies sont indiquées pour arriver au foyer purulent : 1° la voie buccale ou voie interne ; 2° la voie cutanée ou voie externe.

1° *Voie buccale.* — C'est une voie d'exception, qui ne pourra être choisie que pour les abcès péripharyngiens — dont nous ne nous occupons pas ici — et pour certains abcès sous-maxillaires.

Deux chemins nous paraissent possibles pour atteindre les abcès sous-maxillaires : *a*) en descendant le long de la face externe de la mâchoire inférieure ; *b*) en longeant de haut en bas la face interne de cet os.

Le *premier procédé* s'exécute comme suit :

Au moyen d'un large écarteur on tend et on écarte la face buccale de la joue ; on incise, vis-à-vis des derniers molaires, sur une longueur de deux centimètres environ, la rainure qui joint la lèvre à la gencive. Puis, au moyen de la sonde cannelée, que l'on introduit dans la plaie, on pénètre, en rasant la face externe de l'os, dans les tissus enflammés de la loge sous-maxillaire jusqu'à ce que l'on voie l'écoulement du pus. On augmente ensuite le trajet que la sonde a créé pour faciliter ainsi l'évacuation de la poche purulente.

Le *second procédé* est le procédé de choix quand le doigt, introduit dans la bouche et appuyant sur le plancher buccal, constate de la fluctuation vers le bord inférieure de la mâchoire.

Voici comment il faut procéder :

Le malade étant assis en face de l'opérateur, la bouche ouverte, on rétracte la langue du côté opposé au moyen de l'index de la main gauche, dans le but de découvrir, dans toute son étendue, la rigole du plancher buccal. Puis avec un bistouri, on incise la gencive en dessous des collets des dernières molaires ; au moyen du bec émoussé de la sonde cannelée on dénude la face interne du maxillaire inférieur et on va ainsi à l'encontre de l'abcès.

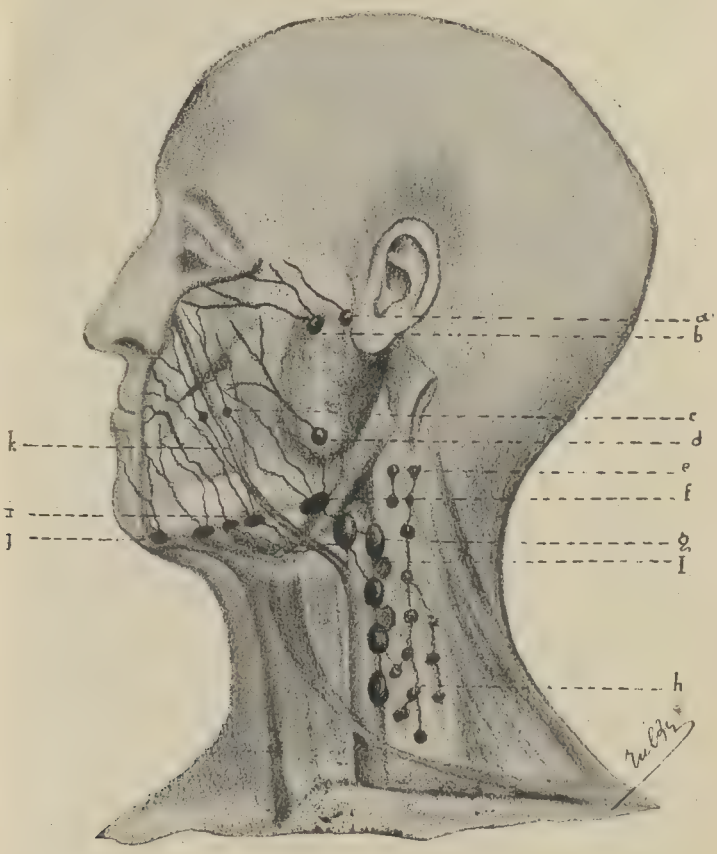
Deux points sont à retenir pour l'ouverture de ces abcès par la voie buccale : d'abord, il ne faut jamais négliger de rechercher au préalable, au moyen du palper bidigital, le siège de la fluctuation, ou, du moins, le point le plus empâté de la tumeur; ensuite, il ne faut pas s'écarter de la surface osseuse et ménager l'artère et la veine faciales dont le trajet anatomique est facile à connaître.

2° *Voie cutanée.* — La plupart des chirurgiens n'abordent les phlegmons du cou que par la voie externe. Cette voie, très simple et sans dangers pour un grand nombre de phlegmons cervicaux, devient difficile et périlleuse pour des phlegmons profonds où le bistouri doit aller à la recherche du pus dans la région des gros vaisseaux du cou.

En vue de parer aux accidents que l'on a imputés au chloroforme, on doit rejeter, dans ces cas graves, l'administration de cet anesthésique auquel l'éther est de loin préférable.

L'ouverture d'un abcès sous-maxillaire par voie cutanée n'offre guère de difficultés. On fera, un peu au-dessous du bord de la mâchoire, une incision d'un centimètre, horizontale, au niveau du point le plus culminant de la tumeur. Cette incision, parallèle au bord de l'os, n'entamera que la peau. La recherche du pus se fera ensuite au moyen de la sonde cannelée.

Indépendamment de certains procédés, applicables à des cas spéciaux et où les incisions portent sur le lieu de nécessité, il y



Ganglions de la tête et du cou.

a. Ganglion préauriculaire. — *b*. Ganglion parotidien supérieur. — *c*. Ganglion génien. — *d*. Ganglion parotidien inférieur. — *e*. Ganglions sous-sterno-mastoïdiens (groupe externe). — *f*. Ganglion sous-angulo-maxillaire. — *g*. Ganglions sous-sterno-mastoïdiens (groupe interne). — *h*. Ganglions sus-claviculaires. — *i*. Ganglions sous-maxillaires. — *j*. Ganglions sous-mentaux. — *k*. Veine faciale. — *l*. Ganglions rétro-jugulaires.

a deux méthodes qui nous permettent d'aborder les abcès profonds du cou. Dans l'une on pratique l'incision cutanée sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien, dans l'autre sur son bord postérieur.

A — Procédé pré-sterno-mastoïdien (Burkhart)

Après avoir étendu fortement le cou et tourné légèrement la face du côté opposé, on fait une incision de plusieurs centimètres à partir de la pointe mastoïdienne, le long du bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien, en ménageant, si possible, la veine jugulaire externe qui empiète sur le champ opératoire. On ne coupe d'abord que la peau, puis on divise prudemment le peaucier et l'aponévrose cervicale superficielle. On fend ensuite l'aponévrose moyenne si l'abcès est profond, et, en s'aidant de la sonde cannelée, on arrive sur le paquet vasculo-nerveux et sur le foyer purulent. Désinfection à l'eau oxygénée. Drainage.

B. — Procédé rétro-sterno-mastoïdien (Cheyne).

Ce procédé a le double avantage sur le précédent d'être bien moins dangereux, puisqu'il ne conduit pas directement sur les gros vaisseaux et nerfs du cou, et ensuite de permettre le placement commode d'un tube de drainage.

L'incision est faite le long du bord postérieur du sterno-mastoïdien; elle entame la peau et les parties molles que l'on dissèque couche par couche jusqu'à la rencontre de l'aponévrose cervicale moyenne que l'on soulève pour la fendre. On manœuvre alors la sonde cannelée de manière à découvrir la collection purulente.

Évacuation. Désinfection. Drainage.

Il nous resterait à indiquer le traitement des *complications* : nous le croyons inutile, car, sauf l'œdème de la glotte qui peut nécessiter la trachéotomie et les hémorragies à combattre par le tamponnement ou la ligature, le traitement de ces accidents variera nécessairement d'après les indications de chaque cas.

BIBLIOGRAPHIE

I. — Anatomie.

Ganglions et vaisseaux lymphatiques de la tête et du cou.

André (Marc). Contribution à l'étude des lymphatiques du nez et des fosses nasales (Thèse de Paris, 1905).

Bayer L. Du rôle des ganglions et des vaisseaux lymphatiques du cou (*Rev. hebd. de lar.*, n° 38, 1905).

Bourgery et Jacob. Vaisseaux lympathiques. Paris, 1835, T. IV.

Buchbinder. Ueber die age u. die Erkrankungen der Wangenlymphdrüsen (*Beitr. z. klin. Chir.*, 1899).

von Brunn. Lympknoten der Unterkieferspeicheldrüse (*Arch. f. klin. Chir.*, T. LXIX, 3).

Capette. Les ganglions de la joue. Thèse de Bordeaux, 1899.

Dorendorf. Lymphgefässe der Lippe (*Intern. Monatschr. f. Anat. u. Physiol.*, T. XVII, 1900).
Gellé G. Rapport sur les adénopathies dans les affections des fosses nasales et du rhino-pharynx. Paris, 1905.
Küttner. Ueber Lymphgefässe der ausseren Nase und Wangenlymphdrüsen (*Beitr. z. klin. Chir.*, T. XXV, 1899).
Küttner. Ueber die Lymphgefässe und Lymphdrüsen der Zunge, etc. (*Beitr. z. klin. Chir.*, T. XXI).
v. Luschka. Anatomie des menschlichen Halses. Tübingen, 1862.
Most. Die Topographie des Lymphgefässapparates des Kopfes und des Halses. Berlin, 1906.
Poirier et Cunéo. Les lymphatiques, Masson et C°. Paris, 1902.
Poirier et Charpy. Traité d'anatomie humaine (*Les Lymphatiques*, 1902).
Poirier. Le système lymphatique et le cancer de la langue (*Gaz. hebd.*, 11 mai 1902).
Polya und Navratil. Untersuchungen über die Lymphbanen der Wangenschleimhaut (*Deutsch. Zeitschr. f. Chir.*, T. LXVI).
Princeteau. Les ganglions lymphatiques de la joue (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 1899, n°s 32-41).
Roubaud. Contribution à l'étude anatomique des lymphatiques du larynx (Thèse de Paris, 1902).
Sappey. Anatomie, physiologie, pathologie des vaisseaux lymphatiques. Paris, 1874.
Stahr. Die Zahl und Lage der submaxillaren Lymphdrüsen (*Arch. f. Anat.*, 1898).
Stahr. Ueber den Lymphapparat des äusseren Ohrs. An. Anz. 1899.
Testut. Traité d'anatomie humaine.
Vigier. Des adénites géniennes (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, n° 34, 1892).

Aponévroses du cou.

Charpy. Les aponévroses du cou (*Traité d'Anat. hum.*, T. II, 1901).
Escat. L'aponévrose de la cavité naso-pharyngienne (*Arch. méd. de Toulouse*, 1895).
Joltz. Note sur les fonctions des muscles peauciers (*Gaz. méd. Paris*, 1852).
Gegenbaur. Ueber den Musculus omohyoïdeus (*Morph. Jahrb.*, 1876).
Gruber. Ueber das Spatium intra-aponeuroticum sus-sternale (*Mém. de l'Acad. de Saint-Pétersbourg*, 1867).
Poulsen. Ueber Halsphlegmon (*Deutsch. Zeitschr. f. Chir.*, 1893).
Poulsen. Ueber die Fascien und die interfascialen Raume des Halses, 1886.
Richet. Traité pratique d'anatomie médico-chirurgicale, 1857.
Taguchi. Der suprasternale Spaltraum des Halses (*Arch. f. Anat.*, 1890).
Tillaux. Traité d'anatomie topographique. Paris, 1897.
Velpeau. Traité complet d'anatomie chirurgicale. Paris, 1837.

II. — Partie clinique.

Arrou. Phlegmons et abcès aigus du cou (*Traité de Chirurgie de Le Dentu et Delbet*, t. VI).
Bar. Contribution à l'étude des abcès juxta-pharyngiens (*Bull. et Mém. de la Soc. française*, 1902).
Calas. Abcès péripharyngiens (Thèse de Montpellier, 1906).
Castelain. Phlegmons et abcès sterno-cléido-mastoïdiens (Th. Paris, 1869).
Chassaignac. Traité de la suppuration. Paris, t. II, 1899.
Chavasse. Injections antiseptiques interstitielles dans les adéno-phlegmons de la région cervicale (*Rev. gén. de chir. et de thér.*, 31 mai 1888).

Comby. La fièvre ganglionnaire (*Médecine infantile*, 15 janvier 1896).
Delorme. Sur les phlegmons du cou (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1893).
De Stella. Pathogénie et étiologie de la fièvre ganglionnaire (*Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 1906).
Escat. De l'abcès périostique juxta-amygdalien (*Arch. intern. de laryngol.*, 1908).
Eyssautier. *Dauphiné médical*, avril 1889, n° 4.
Fallas. Phlegmons du cou d'origine bucco-pharyngienne (*Bull. de la Soc. belge d'oto-laryngol.*, t. I, 1907).
Flons. De la perforation des artères au contact des foyers purulents (Thèse de Paris, 26 juin 1884).
Follin et Duplay. Pathologie externe, t. V, 1878.
Koriep. Erlauterungen der üblen Folgen der Abcesse an der Oberfläche des Halses (*Schmidt's Jahr.*, 1834, VI).
Gilles. Abcès du cou. Ulcération de la jugulaire interne. Pyoémie. Mort (*Écho médical*, 25 mai 1889).
Gillette. Art. Cou du *Dict. Encycl.*, 1878.
Gros. *Americ. Journal. of med. sc.*, avril 1871.
Gray-Groly. Observation d'inflammation diffuse du tissu alvéolaire du cou. Rapports pratiques sur l'anatomie chirurgicale de cette région (*Journ. of med. sc.*, Dublin, mai 1873).
Gundrinn. Etude clinique des abcès profonds du cou (*Lancet*, juin 1885).
Jacques. Des phlegmons de la région carotidienne (Thèse de Paris, 1876).
Jordan. *Chirurgie des Halses*, Bd. II, 1902.
Koenig. Die entzündlichen Processe am Hals (*Deutsch. Chir.*, 1882).
Liedel. Des abcès profonds du cou (*Americ. Journ. of med. sc.*, oct. 1883).
Lindner. Des hémorragies des grosses artères dans les abcès (*Deutsch. med. Wochenschr.*, 1887, n° 24).
Malassez et Championnière. Deux observations d'abcès sus-hyoïdiens ayant fusé dans la poitrine (*Gaz. des hôp.*, 1869, n° 71).
Marshall. Phlegmon et abcès du cou (*Lancet*, 1879).
Marsoo. Du phlegmon ligneux (Thèse de Paris, 1901).
Mollière. Du phlegmon sus-hyoïdien septique (*Prog. méd.*, 13 août 1887).
Monod. De la perforation des artères au contact des foyers purulents (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1882, t. VIII).
Pepper. *Brit. med. journal*, t. II, 1872.
Plous. De l'ulcération des artères au contact du pus (Thèse de Paris, 1884).
Poulsen. Ueber Abscesse am Halse (*Deutsch. Zeitschr. f. Chir.*, Bd. XXXVII).
Rognetta. Du phlegmon large du cou et de son traitement (*Bull. de thérap.* 1833, t. V).
Rowel Park. Abcès sous-maxillaire (*Médical News*, octobre 1888).
Sarazin. Art. Cou du *Dict. de méd. et de chir. prat.*
Tillaux. *Chir. clin.*, t. I.
Velpeau. Abcès de la gaine sterno-mastoïdienne (*Leçons clin.*, III, 1841).
Verneuil. Des abcès spirillaires (Académie des sciences, fév. 1889).
Walther. Art. phlegmons et abcès aigus du cou, du *Traité de chirurgie* Duplay et Reclus, 1898.

IX

LA RADIOTHÉRAPIE DES TUMEURS MALIGNES DES VOIES AÉRIENNES SUPÉRIEURES [1]

Par **MADER** (de Münich).

[Traduction par Maurice Bloch, de Paris.]

Messieurs,

Permettez-moi de vous présenter un malade atteint de carcinome des voies aériennes supérieures traité par la radiothérapie avec de très bons résultats. Je veux ensuite vous exposer ma technique.

Il s'agit d'un malade âgé de 48 ans, jusqu'ici toujours bien portant. Le 3 décembre 1907, sur le conseil du médecin de la famille, il consulta le docteur Kleyenstaüber, spécialiste à Cassel : jusqu'alors on avait cru à un catarrhe du pharynx (douleurs lors de la déglutition, chatouillements). Le docteur Kleyenstaüber, objectivement, ne put d'abord rien affirmer ; mais, au cours de la semaine suivante, une tumeur se développa sur la paroi postérieure du pharynx, à sa partie inférieure, profondément. Aucune adénopathie. On administre de l'iodure de potassium sans résultats. Le 25 janvier 1908, Kleyenstaüber fait une biopsie : la tumeur mesurait alors 2 millimètres en hauteur et 1 centimètre environ en largeur. Le fragment excisé fut examiné à l'Institut pathologique de Würzbourg. Le diagnostic fut : épithélioma pavimenteux. Le 27 février 1908, le malade fut opéré radicalement dans une clinique chirurgicale. Mais lors d'un nouvel examen laryngoscopique, le 6 avril 1908, on s'aperçut que la tumeur avait reparu et présentait des dimensions plus grandes que précédemment. Le médecin traitant m'adressa alors le malade pour le soumettre à la radiothérapie.

Au début du traitement, l'état était le suivant (7 mai 1908) : à droite, profondément en bas, sur la paroi postérieure du pharynx, à la limite du larynx, existe une tumeur haute de 4 millimètres et large environ de 2 centimètres. Sa surface est inégale, ulcérée et recouverte d'un enduit purulent, gris jaune. La douleur est modérée, mais il existe une dysphagie assez intense. Pas d'adénopathie. Comme reliquats de l'intervention chirurgicale, on voit une grande cicatrice sur les régions cervicale et maxillaire ; il existe des adhérences de la langue qui est déviée.

Jusqu'au milieu d'octobre, on pratiqua huit séries de séances de 60-80 minutes chacune, en une ou deux fois par jour, avec de petites pauses de 12, 10, 8 et 5 minutes. Les intervalles entre les séries de

1. Conférence faite à la Société médicale de Münich, le 25 novembre 1908, avec présentation de malade et démonstrations. Réponse au travail d'Hélot et Payenneville : Épithélioma de l'épiglotte. Radiothérapie directe. *Archives internationales de laryng., rhinol. et otol.*, 1908, tome XXVI, n° 4.

séances étaient de 15 jours pour donner le temps aux phénomènes réactionnels de s'amender. On alternait le degré de dureté des tubes, tantôt d'une mollesse moyenne (longueur d'étincelle de 9-7 cm.), tantôt plus durs (long. d'étincelle 14, 12, 10 cm.).

Après la quatrième série de séances déjà, la tumeur avait diminué sensiblement (je tiens à le répéter, cette tumeur, avant le traitement radiothérapique, avait augmenté de volume lentement, mais constamment).

Le 30 octobre 1908, le docteur Kleyenstaüber, à qui j'ai demandé son avis et la permission de publier le cas (ce dont je le remercie), m'écrit : « Les résultats de la radiothérapie, à mon idée, sont parfaits. Lorsque la tuméfaction résultant de la radiothérapie a complètement disparu, on ne voit presque plus rien du carcinome. »

Aujourd'hui, quatre semaines après (on a fait depuis une neuvième série de séances), on ne voit plus de tumeur, en fait. La région qu'elle occupait est unie maintenant pour ainsi dire; elle n'est appréciable que par une très légère démarcation : un peu de mucus blanc gris la recouvre. Le malade est ravi de son état de santé; il n'éprouve plus de douleurs, peut manger facilement; il n'a pas maigri, il aurait plutôt engraissé, et son état général est parfait.

Messieurs, vous comprendrez que je n'ai pas fait entrer le malade dans la salle des séances; il se trouve dans une pièce à côté et est prêt à se laisser examiner. Vous pourrez ainsi vous convaincre de la vérité de mes assertions. Je me permets cependant de vous prier d'ajourner l'examen du malade jusqu'à ce que j'aie terminé ce que j'ai encore à vous dire aujourd'hui.

Ma méthode se distingue des autres en ce que la radiothérapie est directe, interne : l'ancien procédé ne donnait que de mauvais résultats : en effet, le siège du mal était en général caché; de plus, le rayonnement était entravé par la présence des parties molles extérieures [1].

Il faut donc : 1° que la source des radiations se trouve dans

1. Hélot et Payenneville se trompent lorsqu'ils croient être les premiers à avoir pratiqué la « radiothérapie directe ». Il y a longtemps que j'ai résolu le problème consistant à faire arriver les rayons X dans les régions profondes des voies aériennes supérieures et à leur faire exercer leur action thérapeutique. En effet, il y a trois ans, j'ai fait une communication à ce sujet au Congrès des Naturalistes de Meran (voir compte rendu de ce Congrès et les *Archives de Fränkel f. Laryngologie*, tome XVIII, fasc. 1, 1906). — Il y a plusieurs malentendus dans le travail de Hélot et Payenneville, dus peut-être à ce que ces auteurs ne possèdent pas suffisamment la langue allemande. Ils disent, par exemple, que mon ampoule spéciale doit être logée dans une boîte. Ce n'est pas exact : la boîte dont parlent ces Messieurs est une boîte avec diaphragme dans laquelle on place une ampoule ordinaire : elle a pour but de rendre commode le traitement radiothérapique des parties de la bouche et du pharynx qui sont accessibles *de l'extérieur* avec une ampoule ordinaire.

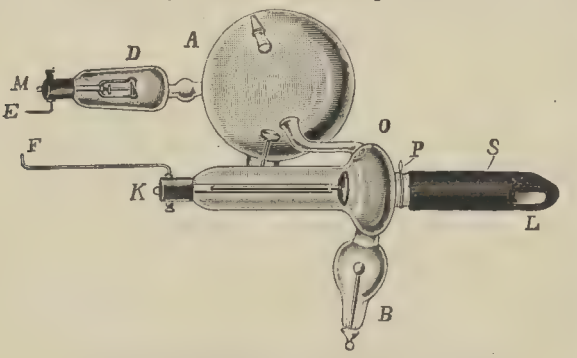
le pharynx. 2° Que cette source puisse émettre des rayons intenses, efficaces. Cette condition n'est pas superflue pour celui qui est initié aux difficultés de fabrication d'instruments destinés à des régions si exiguës. Ces conditions sont réalisées par un tube spécial construit sur mes indications par la firme Polyphos; ces tubes sont connus sous le nom de tubes pharyngo-laryngés de Mader-Rosenthal. Vous en voyez un modèle devant vous. Pour ne pas perdre du temps en vous donnant de plus longues explications, je prie les confrères que la question intéresse, de se reporter à ma première communication (*Archives de Laryngologie*, tome XVIII). Ils y trouveront les indications principales concernant le mode d'emploi de ces tubes. Je vais, Messieurs, établir le courant, et vous comprendrez immédiatement ma méthode. Comme vous le voyez, les rayons jaillissent de la pointe d'un prolongement du tube, en biseau comme le miroir laryngien; ces rayons ont une certaine intensité, suffisante pour transilluminer un point quelconque de mon avant-bras recouvert des vêtements. Ce prolongement est diaphragmé et les rayons ne passent que par une petite ouverture, à peu près perpendiculairement à l'axe du prolongement. Le malade s'assied devant le prolongement du tube ; avec une de ses mains il tire la langue : de l'autre main il couvre lorsque c'est nécessaire sa langue au moyen d'une plaque de staniol découpée *ad hoc* et introduit le prolongement dans la bouche. On met alors le prolongement en place en s'aidant du miroir de Clar, de telle façon que la masse principale du globe lumineux tombe sur le territoire à traiter. (Il faut préalablement avec chaque tube et au moyen de l'écran se rendre compte de la direction exacte des rayons.) Pour diminuer l'excitabilité du pharynx, on cocaïnise d'abord le malade : plus tard, souvent, c'est inutile et je connais des malades capables de supporter de longues séances sans anesthésie.

La méthode est donc relativement simple ; il existe des dispositifs dans les appareils qui empêchent toute sensation désagréable (échauffement, conduction superficielle, etc.); la méthode n'est par conséquent ni douloureuse, ni dangereuse.

Je me crois obligé de faire cette remarque : car tout récemment deux médecins français Hélot et Payenneville ont essayé un autre dispositif sous prétexte que mon tube spécial était trop coûteux [1]. Ces auteurs introduisent d'abord un tube de verre plombifère fixé à un manche, comme pour l'autoscopie; puis à travers ce tube, au moyen d'un tube ordinaire, ils projettent les rayons X de l'extérieur.

1. Le prix de mon tube n'est pas tellement élevé : il coûte 70 Marks.

Je ne crois pas que cette manière de procéder puisse mettre ma méthode en état d'infériorité. Grâce à mon tube spécial, on opère à la satisfaction du malade et du médecin. La méthode de Hélot et Payenneville, comme il ressort de l'article de ces médecins, est embarrassante, laborieuse et douloureuse et je ne crois pas que de nombreux malades se décideront à se laisser traiter par ce procédé, alors qu'ils peuvent se faire soigner d'une façon plus commode et inoffensive. Prenons un exemple : ces messieurs, le Dr Hélot et Payenneville, étaient obligés chaque fois d'avoir recours à l'anesthésie générale, attendu que le malade n'était pas



Tube pharyngo-laryngien de Mader-Rosenthal.

capable de supporter le traitement pendant le temps nécessaire ! Je possède d'ailleurs des renseignements sur ce mode de traitement ; en effet, il y a quelques années, peu de temps après ma première communication sur la radiothérapie directe, je fus consulté par un malade du dehors, qui avec la meilleure volonté du monde n'avait pu supporter un traitement identique à celui des médecins de Rouen ; dans ce cas, on procédait à l'introduction de tubes de plomb, dans des positions déterminées de la tête[1].

Pour terminer, permettez-moi, messieurs, de repondre à deux questions qui pourraient être posées dans la discussion de ce sujet :

1° Quels sont les résultats obtenus d'autres côtés au moyen de la radiothérapie dans les tumeurs malignes des voies aériennes supérieures ?

2° En se basant sur ces résultats, quelles sont les indications du traitement radiothérapique ?

1. Je ne crois pas superflu de dire, bien que je ne sois pas partisan de la méthode de Hélot et Payenneville, que je n'ai aucunement l'intention de leur enlever le mérite d'avoir, dans un travail consciencieux, montré les bons effets des rayons X dans certains cas de cancer du larynx..

En ce qui concerne le premier point, je dois dire malheureusement que les résultats ne sont pas aussi brillants que dans le cas faisant l'objet de ce rapport. Mes quatre années de pratique me permettent de conclure qu'un très petit nombre de cancers (dans notre domaine spécial) se laissent influencer aussi favorablement par les rayons X; le plus grand nombre de ceux-ci sont passibles d'amélioration, mais peu marquée. Dans un troisième groupe la radiothérapie est contre-indiquée, tout au moins au point de vue objectif.

« L'action favorable des rayons X consiste en manifestations objectives et subjectives ; dans le premier groupe se classent la diminution du volume de la tumeur, l'épidermisation et la cicatrisation d'ulcérations à l'occasion ; la tumeur se déterge, la dysphagie diminue, d'où possibilité d'une meilleure nutrition et d'une augmentation du poids du malade. Parmi les signes subjectifs, il faut signaler l'atténuation des symptômes douloureux, et surtout, je ne saurais assez insister sur ce point, l'influence psychique exercée sur le malade lorsque celui-ci s'aperçoit que sont état s'améliore d'une façon tangible, objective.

En somme, on peut dire que la radiothérapie, à la condition que la technique soit bonne, n'est pas si facile : elle demande beaucoup d'expérience, beaucoup d'exercice : les résultats eussent pu être meilleurs dans certains cas si l'opérateur avait mieux connu son métier. On peut en tout cas dire que les rayons X, bien employés, sont un agent thérapeutique précieux, d'autant plus que nous sommes bien pauvrement outillés pour lutter contre le cancer ; dans des cas appropriés, la radiothérapie pourra rendre des services.

J'arrive à la seconde question, c'est-à-dire aux indications.

Je ne puis vous répondre aujourd'hui autrement qu'au Congrès international de Laryngologie de Vienne ; permettez-moi de vous rappeler mes paroles : « Il faut dire en première ligne, que nous possédons un traitement du cancer dans lequel nous avons confiance; je veux parler du traitement chirurgical. Je sais bien qu'il laisse souvent à désirer, en particulier dans notre spécialité. Mais enfin ses résultats sont tels qu'il mérite notre reconnaissance. Il est indéniable que dans certains cas heureux, la chirurgie donne d'excellents résultats. Nous devons prendre en considération toute nouvelle méthode thérapeutique, conservatrice, d'autant plus que les succès de l'intervention chirurgicale dépendent en général du moment de l'intervention. Je crois donc qu'on peut formuler de la façon suivante la question précitée : Quand doit-on opérer ? Quand peut-on et quand doit-on

appliquer la radiothérapie ? Avant d'essayer de répondre à ces questions, je dois faire observer que je n'ai aucunement l'intention d'émettre à ce sujet des préceptes définitifs et précis. C'est encore impossible à l'heure actuelle. De plus les observations d'un seul sont insuffisantes. Après mûre réflexion et en me basant sur mes expériences personnelles, je me suis tracé une règle de conduite que je voudrais vous communiquer, espérant ainsi contribuer à élucider la question qui nous occupe.

A mon avis donc : 1° Doivent être traités chirurgicalement, tous les cas où l'âge et l'état général peuvent faire espérer que le malade supportera les dangers d'une intervention sérieuse, dangers qu'on ne doit pas se dissimuler ; de plus, on ne doit opérer, que si on a la certitude après un examen sérieux (autant qu'il est humainement possible d'acquérir cette certitude), qu'on pourra extirper tout le foyer morbide, les ganglions malades éventuellement, et cela largement en empiétant sur les tissus sains. Dans cette catégorie nous rangerons les cancers laryngés dits « internes », bien circonscrits, les tumeurs linguales de dimensions moyennes, etc., etc.

2° La radiothérapie est permise dans tous les cas où les résultats de l'intervention chirurgicale sont douteux : mais on ne commencera qu'après avoir renseigné le malade dans la mesure du possible et lui avoir donné le choix entre l'intervention chirurgicale et les rayons. Cela sera le cas, lorsqu'on aura affaire à des malades dont l'âge, la robustesse font considérer comme aléatoires, les résultats d'une opération ; lorsque la tumeur est tellement étendue et à un stade si avancé, qu'il ne semble pas certain qu'on puisse extirper tout le foyer morbide et surtout tous les ganglions envahis.

Je crois devoir classer dans cette catégorie les cas où il est nécessaire de pratiquer une intervention qui met en danger la vie du malade : de même, les cas où les souffrances post-opératoires sont telles, que le malade n'a rien à gagner à l'opération, qu'elle peut, au contraire, lui nuire, quand on compare l'évolution de la maladie mitigée par le traitement radiothérapique relativement agréable. Il en est de même, lorsque l'opération doit laisser à sa suite des difformités indélébiles rendant la vie insupportable au malade. Comme exemple, je citerai la pharyngotomie sous-hyoïdienne, l'extirpation totale des principaux organes cervicaux, etc., etc. Les statistiques concernant ces opérations, dont les résultats, comme dit Jurasz, sont très problématiques déjà, n'offrent pas un aspect rassurant. En particulier, la mortalité, en ce qui concerne les suites directes de l'intervention; est

très élevée : dans la pharyngotomie sous-hyoïdienne, par exemple, la mort survient dans 40-44 % des cas. Des chirurgiens expérimentés, compétents, comme Bergmann, par exemple, ont conseillé la prudence. Il faut avouer cependant que quelquefois des chirurgiens ont obtenu des résultats « brillants », si toutefois on peut conserver le qualificatif de « brillant », en présence de mutilations sérieuses de certaines régions du corps. Nous avons pu nous en convaincre avant-hier, lors des démonstrations du docteur Glück. En tous cas, ce sont là des exceptions ; en général, les résultats sont désastreux : nous devons, tout en admirant la merveilleuse technique opératoire de Glück, attendre sa statistique totale que Semon lui a demandée à plusieurs reprises. La radiothérapie compte également des succès brillants, sans douleur, sans mutilation et, ce qui importe surtout, sans danger de mort.

J'ai, le premier, présenté au Congrès des Naturalistes de Meran, une observation de carcinome profond de l'hypopharynx, diagnostiqué cliniquement et microscopiquement, guéri par les rayons X. Le malade vit encore et jusqu'à ces derniers temps, a joui d'une santé parfaite. Maintenant seulement, presque trois ans après, est survenue une récidive qui nécessite un nouveau traitement : je peux dire aujourd'hui que ce traitement est encore couronné de succès.

Une question pourrait encore être soulevée : ne pourrait-on pas soumettre à titre d'essai, les malades de notre première catégorie à la radiothérapie ?

A mon avis, on ne doit tenter cet essai que pendant le temps strictement nécessaire : je veux dire qu'on ne doit, sous aucun prétexte, laisser passer le moment propice à une intervention chirurgicale. De plus, on ne doit appliquer la radiothérapie que lorsque la tumeur n'est pas trop dure ou lorsque le cancer est ulcéreux.

3° La radiothérapie est indiquée dans tous les cas où le malade refuse l'intervention chirurgicale et dans ceux où *a priori* l'opération semble ne devoir pas réussir ; de plus, dans les cas de récidives postopératoires.

En agissant ainsi, je crois qu'on reste dans la juste mesure et que l'on attribue à la chirurgie et à la radiothérapie la part qui leur revient. Les deux méthodes de traitement, de cette façon, n'entrent pas en concurrence : elles se complètent, elles se prêtent un appui mutuel.

X

VALEUR PRATIQUE DE L'ŒSOPHAGOSCOPIE[1]

(*Suite.*)

Par **Ernest BOTELLA** (de Madrid).

[Traduction par B. de Gorsse, de Luchon.]

III. — L'œsophagoscopie dans les rétrécissements de l'œsophage extrinsèques ou par compression, inflammatoires et néoplasiques.

Observation IV. — Abcès péri-œsophagien diagnostiqué par l'œsophagoscopie. — J. R., âgé de 45 ans, de Colmenar, se présenta à notre consultation de l'hôpital Royal du Buen Suceso, envoyé par notre distingué confrère et ami le Dr Alfin, le 10 janvier dernier. Il nous raconta l'histoire suivante :

Le 25 décembre, il était en train de souper avec du riz, du chevreau et du lapin, lorsque, avalant une cuillerée, il sentit que quelque chose s'arrêtait dans son gosier, probablement un petit morceau d'os qui mêlé au riz avait passé inaperçu ; accès de suffocation intense, qui alla s'apaisant, et douleur au cou furent les symptômes consécutifs. Devant les efforts inutiles qu'il fit pour avaler cette bouchée, il alla, cette même nuit, consulter un médecin qui lui introduisit d'abord une sonde avec laquelle il lui fit beaucoup de mal et qui lui fit rejeter, lorsqu'elle fut retirée une gorgée de sang ; le médecin se servit ensuite d'un panier de Græfe (?) avec lequel il fit diverses manœuvres, sans autre résultat que d'occasionner des douleurs et de provoquer des crachements de sang.

Il mangea un morceau de pain qu'il ne put avaler que difficilement et douloureusement. Rentré à la maison, il eut des frissons et de la fièvre qui dura trois ou quatre jours. Le jour qui suivit l'accident, il commença à remarquer une dureté du côté gauche du cou, dureté qui s'enflamma, occasionnant des douleurs très vives qui augmentaient par les mouvements. La déglutition s'améliora un peu, bien qu'étant toujours difficile et douloureuse ; la voix devint nasillarde.

Examen. — Tuméfaction douloureuse de la grosseur d'une grosse noix, vers la partie moyenne du sterno-cléido-mastoïdien du côté gauche et sous son bord antérieur ; la tête est inclinée vers le même côté, pour éviter la compression du muscle sur la tuméfaction ; les mouvements sont douloureux, les aryténoïdes, surtout le gauche, sont très infiltrés, œdémateux, de la grosseur d'un pois.

La radioscopie faite chez notre bon ami le Dr Decref nous révèle une ombre irrégulière à deux travers de doigt au-dessous de l'hyoïde ; l'os paraît incliné entre les apophyses transverses de la quatrième et de la cinquième vertèbres. La radiographie n'est pas

très nette, mais nous fait croire cependant que le corps étranger, ou ce dont il s'agit, est situé en dehors de l'œsophage.

D'après l'anamnèse, l'exploration, l'examen aux rayons X et les souvenirs de quelques cas notables du Dr Rivera et de notre maître, le Dr San Martin, cas rapportés à l'Académie royale, nous faisons le diagnostic de corps étranger sorti de l'œsophage. Nous nous expliquons la marche de la façon suivante : un petit morceau d'os, à pointe aiguë, a dû rester enclavé dans la *bouche de l'œsophage* ; les manœuvres aveugles de la sonde et du panier n'ont fait que déchirer davantage la muqueuse dans laquelle l'os était déjà entré et l'y ont enfoncé profondément ; les mouvements de déglutition l'ont expulsé définitivement de l'œsophage, et les tissus péri-œsophagiens ont réagi contre la présence d'un corps étranger septique et, s'enflammant, ont formé un abcès.

En faveur de cette hypothèse, plaidaient la douleur, l'expulsion du sang et la persistance d'une déglutition difficile, mais il y avait pourtant quelques points faibles, et le principal était que, à supposer qu'il y eût une déchirure de la muqueuse, elle avait dû donner issue à quelques bribes d'aliments; il n'y avait cependant qu'une réaction inflammatoire relativement limitée, un abcès localisé, chose à quoi ne nous a pas accoutumés une région où, pour des causes semblables, nous voyons se former des phlegmons diffus énormes qui tuent rapidement. Voilà les raisons qui nous engagèrent à faire l'exploration œsophagienne et qui ne furent confirmées qu'en partie.

Sous anesthésie cocaïnique et en position de Rose, nous introduisons un tube de 12 millimètres non sans buter contre un obstacle considérable, difficile à vaincre et qui était constitué par les masses infiltrées des aryténoïdes; il fallut nous servir de l'index de la main gauche pour repousser le larynx en avant et ouvrir de cette façon un passage à l'œsophagoscope; au-dessous du cricoïde, on voyait que la muqueuse de la paroi gauche était tuméfiée, infiltrée, formant une grosseur piriforme qui fait procidence à l'intérieur du tube, remplissant pour ainsi dire complètement sa lumière et l'empêchant d'avancer dans l'œsophage ; la cavité virtuelle de ce dernier est tout contre la paroi droite, en forme de demi-lune. Un tube de 9 millimètres franchit l'obstacle après lequel on parcourt facilement le reste de l'œsophage, on l'explore dans toute son étendue et on n'y trouve rien. Le passage du tube au niveau de la région tuméfiée est toujours douloureux; on ne voit aucune cicatrice. La sensibilité est encore confirmée à l'aide du stylet mousse, mais on ne trouve sur la muqueuse aucune dureté de quelque sorte que ce soit ; on a plutôt une sensation pâteuse, légèrement élastique.

Les renseignements donnés par l'exploration œsophagoscopique nous font modifier le diagnostic; nous concluons simplement à un abcès périœsophagien du côté gauche qui repousse la paroi de l'œsophage et rend la déglutition difficile.

L'os a dû arriver jusqu'à l'estomac, blessant seulement la muqueuse et la tunique musculaire qui, infectées par quelque particule alimen-

taire amenée par l'os, ont formé un abcès; puis la plaie de la muqueuse a dû se cicatriser et l'abcès est resté périœsophagien.

Opération. — Nous pratiquâmes l'intervention à la maison de secours du district du Palais, avec les docteurs Alfin et Echeguren comme aides. Chloroformisation très difficile et dangereuse, car lorsque le malade est mis dans la position de l'œsophagotomie, la respiration devient pénible: l'abcès comprime évidemment le larynx; il se produit deux ou trois commencements d'asphyxie, au cours d'un desquels le malade devient violet et il faut faire quelques instants la respiration artificielle.

Incision le long du bord antérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien, section de la peau et de l'aponévrose superficielle; on pose un écarteur, on reconnaît le sterno-cléido-mastoïdien, on isole et on sépare le paquet vasculaire qui contient une jugulaire énorme; on incise l'aponévrose moyenne dans sa partie supérieure et il s'écoule la valeur de deux grandes cuillers d'un pus épais et fétide.

Par précaution, on reconnaît avec le doigt la paroi œsophagienne, en tous sens, la paroi postérieure du larynx et la colonne vertébrale, en un mot toute la région sans rencontrer nulle part de traces de corps étranger.

On n'est pas entré dans l'œsophage. La cavité de l'abcès est lavée et désinfectée. On introduit jusqu'au fond une mèche de gaze iodoformée pour faire un drainage et on suture les extrémités de la plaie, laissant le milieu ouvert.

Pas de suites opératoires; le fond de la plaie se nettoya petit à petit et la cicatrice se fit par seconde intention. Quatre jours après, la déglutition avait cessé d'être douloureuse, la voix avait retrouvé son timbre normal. Guérison.

Aussi intéressante que l'observation précédente est la suivante qui a d'autant plus de valeur que la guérison fut procurée par l'œsophagoscopie sans qu'on ait pu faire un diagnostic exact.

Observation V. — Manuel Paredes, âgé de 23 ans, de Benalcazar, arrive à l'hôpital au mois d'août, envoyé par le Dr Lobo. Il se plaint de douleurs à la déglutition.

Son histoire est très curieuse; il y a deux ans, il fut heurté par un homme qui arrivait en courant et qui lui donna un fort coup de tête sur le sein droit; il eut une douleur très aiguë et s'aperçut en arrivant chez lui qu'il pouvait à peine parler ou avaler; pendant deux jours, il ne put prendre que de l'eau; il sentait que la douleur s'irradiait à toute la poitrine et à une partie de l'épaule. Le médecin qui le soignait lui fit faire des applications de teinture d'iode; la douleur s'atténua au dehors comme au dedans et le malade put manger, bien qu'avec difficulté. La toux devint douloureuse, sans qu'il y eût pourtant de crachats sanguinolents; la respiration aussi était douloureuse, surtout au moment de l'inspiration.

La douleur persistant, on mit un cautère qui amena une amélioration; mais, un mois plus tard, elle reparut de nouveau. On remit un

autre cautère et la douleur disparut. Un an après avoir reçu le coup, le malade s'aperçut qu'une enflure apparaissait au-dessus du sein ; cette enflure atteignit le volume d'une noix, s'ouvrit spontanément et donna issue à un peu de pus. L'ouverture se referma sans rien faire, mais cet accident se reproduisit plusieurs fois. Enfin, il y a cinq mois, cette tuméfaction reparut un peu plus haut, s'étendant à toute la région du grand pectoral, et coïncidant avec de la difficulté de la déglutition qui redevient douloureuse ; il y a également de la douleur quand le malade tousse, quand il se couche sur le côté malade et qu'il remue le bras.

Examen. — A l'extérieur, on voit au-dessus du sein droit deux ou trois petites cicatrices ; il n'y a pas de tuméfaction, ni de grosseur du périoste des côtes voisines, mais la région est douloureuse à la pression. La déglutition se fait d'une façon spéciale, en inclinant d'abord la tête en avant et en la penchant ensuite avec tout le corps en arrière.

Exploration œsophagoscopique. — Sous anesthésie légère à la cocaïne, et en position de Rose, on introduit sans aucune difficulté un tube de 30 centimètres de long et de 12 millimètres de diamètre. Image œsophagoscopique normale, parois saines. Le passage du tube n'est pas douloureux dans la portion cervicale et dans la première partie de la portion thoracique ; mais vers le milieu de cette dernière, à environ 23 centimètres de l'arcade dentaire, c'est-à-dire à 3 centimètres au-dessus de la bifurcation trachéale, on aperçoit la paroi antérieure tuméfiée, faisant procidence dans le tube, douloureuse au passage, et présentant une petite escarre blanchâtre d'un centimètre de long qui saignait facilement.

Sans oser faire un diagnostic, nous nous arrangeons pour que le Dr Lobo voie le malade. Il confirme les faits par nous reconnus lors de la première exploration, et sans rien affirmer de net, il pense qu'il peut s'agir d'un abcès du médiastin. Nous essayons de justifier cette hypothèse par un examen radioscopique et une radiographie qui donnent un résultat négatif. Nous demandons aux Dr Valle et Bravo Coronado de nous aider en examinant le malade chacun au point de vue de sa spécialité ; le premier ne trouve à l'auscultation que quelques râles de pleurésie sèche, et le deuxième, sans rejeter tout à fait le diagnostic proposé par le Dr Lobo, ne trouve rien pour le confirmer.

Au milieu de ce doute, nous renouvelions les examens œsophagoscopiques qui étaient très bien tolérés par le malade sans qu'il fût nécessaire de l'anesthésier, quand vers le quatrième ou cinquième jour, à notre grande surprise, nous vîmes que la tuméfaction de la paroi antérieure commençait à diminuer et que l'escarre que nous avions vue lors du premier examen était presque cicatrisée. Nous laissâmes passer quelques jours, et quand nous voulûmes montrer la lésion à quelques élèves, nous nous aperçûmes qu'elle avait disparu complètement et qu'il ne subsistait pas de trace de l'ulcération ; la déglutition qui s'était déjà améliorée depuis les premières explo-

rations, était devenue tout à fait normale, et le malade pouvait avaler toute sorte d'aliments sans douleur.

Cette terminaison faisait complètement tomber le diagnostic d'abcès du médiastin que l'on avait fait comme probable. Nous avouons humblement que la nature de la lésion est toujours restée pour nous une énigme, mais le bénéfice obtenu grâce à l'œsophagoscopie est une chose évidente, et même si nous étions tenté d'en attribuer une partie aux attouchements de cocaïne et d'adrénaline qui furent faits, il faudrait toujours tenir compte qu'ils ne purent être faits que grâce à elle.

Une application importante de l'œsophagoscopie est celle qui se rapporte au diagnostic précoce du cancer de l'œsophage, diagnostic qui, par elle, peut être fait *de visu* et avec preuves histologiques dans beaucoup de cas. Dans ceux-ci, on peut faire le diagnostic avec une certitude absolue ; dans les autres, les faits qu'elle apporte peuvent nous aider puissamment à le faire donner comme probable. Comme les cas de cancer de l'œsophage ne sont pas fréquents dans les consultations spéciales de maladies du larynx, nous n'avons pu recueillir que deux observations; mais, par bonheur, ils appartiennent aux deux variétés distinctes qui peuvent se présenter dans la pratique et sont par là d'une grande portée au point de vue de l'enseignement.

Observation VI. — Josepha Ramos, âgée de 60 ans, se présente à notre consultation, le 29 février.

Comme antécédents, elle raconte que, depuis 5 mois, elle éprouve de la difficulté à avaler, difficulté qui a été en augmentant à l'extrême, au point qu'en dernier lieu elle ne pouvait plus avaler que des liquides. La déglutition est douloureuse, et cette déglutition s'irradie au sternum ; elle a quelquefois des vomissements rosés et a rejeté également, mais en petite quantité, du sang rouge.

La malade est émaciée, très faible et a une légère teinte subictérique.

Examen œsophagoscopique. — La malade étant couchée sur le dos, et sous légère anesthésie cocaïnique, on introduit un gros tube et on parcourt l'œsophage avec la plus grande prudence ; à 25 centimètres de l'arcade dentaire, nous voyons une masse blanchâtre qui a l'air de lait caillé ; nous nettoyons soigneusement avec un porte-coton, et nous trouvons une ulcération de la paroi antérieure d'environ 2 centimètres carrés de superficie, ulcération inégale et grisâtre qui saigna lorsqu'on chercha à la nettoyer. De plus, son contact éveille une douleur. Elle ne produit pas de rétrécissement sensible dans la lumière de l'œsophage et le tube passe avec facilité sur elle. Le reste de l'œsophage est normal.

Étant donnés l'aspect de l'ulcération, la sténose spasmodique dont elle s'accompagne, la douleur irradiée, et l'âge ainsi que l'aspect de la malade, nous n'avons pas le moindre doute et faisons le diagnostic de cancer de l'œsophage au début.

Ce diagnostic se vit confirmé par la marche clinique ; un mois après, un nouvel examen est fait et nous voyons que l'ulcération persiste, que le tube est arrêté à 25 centimètres et que les parois antérieure et latérale droites sont très enflées, immobiles par le mouvement de la respiration.

Observation VII. — D. Esteban M., âgé de 52 ans, prêtre, nous fut envoyé par notre ami distingué, l'éminent spécialiste de maladies de l'estomac, le docteur R. Abaytua, afin de voir par un examen œsophagoscopique quelle était la nature d'un rétrécissement rencontré avec la sonde, dans la partie cervicale de l'œsophage.

Les antécédents de ce malade sont les suivants : depuis 4 ans, il se plaint de troubles de l'estomac ; mais, de plus, depuis un mois, il a des douleurs à la déglutition et ces douleurs s'irradient à l'épaule. Le malade est très amaigri et a une teinte subictérique.

L'exploration fut faite chez nous, le malade étant assis et avec beaucoup de facilité. Sous une légère anesthésie, on introduit un gros tube de 12 millimètres de diamètre et 25 centimètres de long. A 17 centimètres de l'arcade dentaire, nous vîmes une tuméfaction diffuse, de bords mal définis, qui occupe environ 3 centimètres de la paroi gauche; la muqueuse avoisinante est infiltrée. Le tube passe devant elle avec difficulté, et son passage est très douloureux ; le reste de l'œsophage est normal.

Étant donnés la forme de la lésion, les antécédents et l'aspect du malade, nous faisons le diagnostic d'épithélioma submuqueux de l'œsophage, diagnostic que nous eûmes le grand plaisir de voir accepté par notre cher ami le docteur Abaytua et qui fut confirmé par les faits ultérieurs.

IV. — L'œsophagoscopie dans les cas de corps étrangers de l'œsophage.

De toutes les applications de l'œsophagoscopie, aucune ne donne de résultats aussi positifs que celle dont nous allons maintenant parler.

Pouvoir enlever de l'œsophage, sous le contrôle de nos yeux mêmes, un corps étranger enclavé dans ses parois, est une véritable victoire, dont s'enorgueillit avec raison notre spécialité.

Il est vrai qu'avant l'*ère* œsophagoscopique, on arrivait quand même à les extraire, et nous-même avons publié un cas dans *El Siglo Médico* d'une pièce de monnaie de cinq centimes enlevée de l'œsophage d'un enfant de quatre ans au moyen du panier de Graefe, mais les échecs subis par lui comme, du reste, par le crochet de Kirmisson, et dont la terminaison a été, dans quelques cas, fatale, faisaient que, lorsqu'on était obligé de recourir à ces instruments *aveugles*, on le faisait avec une véritable crainte et que beaucoup se décidèrent depuis à faire

l'œsophagotomie externe pour éviter la terreur du crochet *accroché*, fantôme qui passa comme un éclair devant nos yeux, dans un des cas que nous eûmes à soigner et qui est le plus angoissant qui puisse arriver à un médecin. Avec l'œsophagoscopie, cet accident ne peut se présenter, l'instrument que nous employons pour l'extraction, pince, crochet, agrafe, chemine toujours guidé par la vue et si, par hasard, il s'accroche, nous le délivrons avec facilité ; dans certaines circonstances spéciales, le procédé pourra n'avoir aucune valeur pratique au point de vue thérapeutique, mais il sera toujours inoffensif.

Les observations suivantes en sont les meilleures preuves et, de leur étude, nous pourrons déduire quelques conclusions pratiques d'une réelle importance.

Observation VIII. — Pièce dentaire logée dans l'œsophage. Œsophagoscopie, œsophagotomie, guérison. — Amparo Vicent, âgée de 40 ans, de Valence, se présente à la consultation de l'Hôpital général, le 28 décembre 1906 ; elle nous raconte que le 15 du même mois, pendant son sommeil, elle avait avalé une pièce dentaire, qu'elle avait l'habitude de porter sur son maxillaire supérieur et qui était formée pas les deux incisives supérieures. Elle se réveilla avec une crise d'asphyxie qui céda au bout d'un petit moment ; elle pouvait avaler les liquides et les solides, de telle sorte qu'elle pensait que le corps étranger était descendu dans l'estomac ; mais, au bout de trois jours, elle commença à ressentir une grande gêne dans le cou, en même temps qu'il lui fut absolument impossible de déglutir. Cet état dura 3 jours, après lesquels la gêne diminua quelque peu et la malade put, bien que douloureusement, avaler les liquides. Des tentatives diverses, faites par des confrères différents, furent infructueuses et, à la fin, elle se décida à venir à Madrid.

Le 4 janvier, nous faisons un premier examen sous anesthésie cocaïnique. Pour faire d'abord l'exploration des parois œsophagiennes, et tenant compte des antécédents d'œsophagite présentés, nous introduisons d'abord un tube de 9 millimètres avec beaucoup de facilité ; à 24 centimètres de l'arcade dentaire, nous tombons sur le corps étranger ; jusqu'à lui, les parois de l'œsophage sont saines. Nous introduisons ensuite un tube de 12 millimètres au fond duquel se détache parfaitement la porcelaine blanche des dents ; la muqueuse environnante est tuméfiée, très rouge, fongueuse, saignant au moindre contact ; en quelques points, se voient de petites masses de couleur grisâtre (pus ?) ; odeur fétide.

Nous crûmes, d'après ce que nous avait dit la malade, que la pièce dentaire était plus petite qu'elle n'était en réalité, et essayâmes de l'extraire à l'aide de la pince. Mais nos tentatives furent infructueuses ; le corps étranger était profondément enclavé et nous ne pûmes pas le mobiliser le moins du monde ; du reste, comme nous n'avions pas tous les instruments voulus à l'hôpital, nous ren-

voyâmes l'extraction au jour suivant, profitant de ce délai pour faire une radiographie qui pût nous donner quelques renseignements quant à la position et à la grosseur du corps, renseignements destinés à guider nos tentatives par le côté le plus favorable.

L'amabilité proverbiale du docteur Decref à qui nous dûmes recourir parce que l'installation de rayons X de l'hôpital ne fonctionnait pas, nous procura les renseignements que nous désirions. Le corps étranger apparut sur la radiographie, dans sa vraie grosseur, plus grande que nous ne le supposions, légèrement incliné et pourvu de deux crochets dont la malade ne nous avait pas parlé, et qui dès lors, nous fit douter du succès de notre tentative qui eut lieu le jour suivant.

Une fois le tube de 12 millimètres placé, et le champ bien nettoyé, nous retirons d'abord, grâce à la cocaïne et à l'adrénaline, les masses fongueuses qui recouvrent en partie le corps étranger; ensuite, avec un crochet mousse, nous essayons de happer le crochet le plus élevé de la pièce dentaire, afin de la désenclaver et de la pencher, pour faciliter son extraction. Nous réussîmes, non sans beaucoup de patience et de travail, à accrocher cette agrafe, mais sans mobiliser, ni désenclaver la pièce. Avec la lampe de Kirstein tout près de l'ouverture du tube, nous travaillons à retirer le crochet mousse dont nous nous étions armé, crochet qui était un peu plus long que le tube ; nous écartâmes un moment la tête, cessant d'éclairer le champ opératoire. Quelle ne serait pas notre angoisse, si nous nous apercevions que nous ne pouvons pas le retirer ! Devant nos yeux, comme un ruban de cinématographe, se déroula le spectacle horrible des crochets entrés dans les parois de l'œsophage, les détruisant, les perforant et arrivant jusqu'à blesser l'aorte... Heureusement, la vision ne dura qu'un moment, l'instant nécessaire pour envoyer les rayons lumineux de notre lampe au fond du tube. Le crochet mousse enlevé sans qu'il eût lésé les parois de l'œsophage, et devant l'inutilité des tentatives, en présence de la fétidité de la région, nous décidâmes de faire l'œsophagotomie.

La malade étant couchée sur le dos, un oreiller sous les épaules et la tête inclinée du côté droit, pour bien faire saillir le sterno-cléido-mastoïdien, premier repère de l'opération, l'anesthésie faite, et toutes les précautions d'asepsie prises, nous fîmes une incision le long du bord antérieur du muscle : section de la peau et de l'aponévrose superficielle, section de l'omoplato-hyoïdien; nous isolons et séparons le paquet vasculo-nerveux ; incision de l'aponévrose profonde et reconnaissance de l'œsophage. Ses parois sont infiltrées, d'aspect lardacé et si tuméfiées, que c'est avec difficulté qu'on reconnaît à travers leur épaisseur le corps étranger. Après avoir reconnu le récurrent, et à 1 centimètre au-dessous de lui, nous incisons la paroi œsophagienne au niveau du tubercule de Chassaignac (sixième vertèbre cervicale) vers le haut ; nous introduisons la sonde cannelée par l'ouverture pour nous assurer que nous sommes dans la cavité de l'œsophage ; nous agrandissons l'incision et, ce faisant, le bistouri

bute contre le corps étranger. Nous essayons de l'enlever avec une pince à pression, mais nous devons d'abord le détacher des parois de l'œsophage auxquelles il adhère par un magma grisâtre, opération que nous pratiquons doucement à la sonde ; une fois libéré, nous le tirons en le faisant basculer légèrement pour que les crochets ne déchirent pas la muqueuse de l'œsophage ; la surface de ce dernier était, comme nous l'avions déjà vu par l'œsophagoscopie, fongueuse et sale ; nous le nettoyons à fond avec de la gaze trempée dans de l'eau oxygénée et nous terminons en passant une sonde de gomme par la plaie pour l'alimentation, une gaze iodoformée comme drainage et nous ne faisons que deux points aux extrémités de l'incision pour la rapetisser un peu. Les suites opératoires furent très bénignes. Les parois de l'œsophage suppurèrent un peu, mais au bout de huit jours, la plaie était parfaitement nette ; nous remplaçâmes alors la sonde qui passait par la plaie par une sonde nasale et nous attendîmes patiemment la cicatrisation, qui, parfois, est fort lente.

A l'aide de fréquentes œsophagoscopies, nous surveillâmes la marche de la cicatrisation ; au cours de l'une d'elles, l'œsophage étant déjà cicatrisé et la plaie externe fermée, nous vîmes que la lumière œsophagienne apparaissait sous forme d'un V horizontal à sommet correspondant au côté de la cicatrice, signe irréfutable d'adhérences cicatricielles de la paroi œsophagienne aux tissus environnants. Cela pouvant devenir la cause d'un rétrécissement, nous passâmes le gros tube à plusieurs reprises ; à la dernière, nous vîmes que la lumière était normale, et que la déglutition se faisait parfaitement ; nous permîmes donc à la malade de sortir le 10 avril, complètement guérie.

Observation IX. — Pièce dentaire logée dans l'œsophage ; extraction par œsophagoscopie. — Dans l'ordre dans lequel se présente nos observations, par une coïncidence vraiment fortuite, nous avons eu deux cas identiques, et bien que, dans les deux cas, le résultat fût complètement satisfaisant, et que nous pûmes faire l'extraction du corps étranger, le moyen utilisé fut bien différent. Dans l'observation VIII que nous venons d'exposer, l'œsophagoscopie ne donna aucun résultat et nous dûmes employer l'œsophagotomie ; dans celle que nous allons donner, le succès du procédé endoscopique dépassa nos espérances. Ce ne sont, du reste, pas les deux seules observations où nous verrons un résultat si différent, malgré la similitude des cas, et quant, à la fin, nous les résumerons, nous signalerons les raisons et tirerons les conclusions pratiques qui découlent de leur étude.

Mariano Seas, âgé de 49 ans, d'Almaden, se présente à la clinique, le 19 juillet passé. D'après ce qu'il nous raconte, le 15 juillet, pendant son sommeil, il avala une pièce dentaire constituée par les deux incisives supérieures, une bicuspide et une molaire ; il se réveille avec un accès de suffocation violente qui dura une heure et qui se calma après de fortes nausées. Il n'a pas de douleur, sauf quand il essaie de faire des mouvements de déglutition ; celle-ci est

difficile, même pour les liquides. On n'a fait aucune tentative d'extraction.

Le jour même, sous une légère anesthésie cocaïnique, nous introduisons un tube de 12 millimètres et de 25 centimètres de long. A environ 20 centimètres de l'arcade dentaire, on aperçoit parfaitement le corps étranger qui a l'air d'être fortement enclavé ; une tentative d'extraction à la pince ne donne pas de résultat.

Mis en garde par ce qui nous était arrivé dans le cas précédent, et ne nous fiant pas aux renseignements donnés par le malade, nous nous bornons, lors de cette séance, à cette petite reconnaissance, et nous demandons à notre aimable ami, le docteur Decref, de nous faire un examen radioscopique et une radiographie. Une boîte de plaques voilées empêcha de faire cette dernière, mais les renseignements donnés par l'examen étaient suffisants pour diriger notre intervention. La pièce dentaire, en forme d'arc, ainsi qu'on peut s'en rendre compte par la photographie, était placée en long ; la convexité, tournée vers la gauche, ne présentait pas de crochets et était située en bas et à gauche du manche du sternum.

Le jour suivant, 20 juillet, en présence de notre distingué confrère, le docteur Bravo Coronado, qui nous avait envoyé le malade, prêt, du reste, à pratiquer l'œsophagotomie si nous n'arrivions pas à faire l'extraction par l'œsophagoscopie, nous introduisons le tube avec une légère anesthésie cocaïnique (5 pour 100), et en position de Rose ; le champ est nettoyé à l'aide de tampons de coton montés sur la pince, et nous touchons, avec la solution d'adrénaline au millième, la muqueuse qui recouvre en partie le corps étranger, afin d'obtenir un peu sa rétraction ; nous introduisons alors la pince à dents de rat et nous faisons une bonne prise ; nous arrivons à mobiliser le corps étranger et à le déplacer d'environ 4 centimètres ; nous le lâchons alors parce que la résistance opposée par la muqueuse est très grande et nous craignons de la déchirer. Un second essai ne donne pas de résultat, la pince glisse sur la porcelaine de la molaire que l'on aperçoit au fond du tube et qui paraît avoir enclavé une de ses pointes dans la muqueuse. Nous nous reposons un moment, car la chaleur qui se dégage de la lampe est si forte que nos sourcils se brûlent presque, puis, de nouveau, nous recommençons nos tentatives ; nous contournons avec un stylet toute la partie visible de la pièce, nous libérons avec douceur un petit repli de muqueuse qui la recouvrait du côté gauche, là où étaient les pointes, nous introduisons ensuite au-devant d'elle le crochet mousse, en la mobilisant un peu ; puis nous faisons la même manœuvre en arrière ; enfin, passant sous la molaire, nous l'accrochons solidement et pratiquant une traction douce et continue, nous voyons nos efforts couronnés par le succès le plus heureux : le corps étranger sortait sans grande douleur en même temps que nous retirions le tube et que le malade, sautant de son lit, nous serrait fortement dans ses bras et se mettait à danser et à sauter de joie.

J'ordonne, par précaution, de petites prises d'eau et de lait bouilli

pendant cette journée et la journée suivante. Le 22 juillet, la déglutition n'étant pas douloureuse, le malade prend des œufs, de la soupe et du poisson ; le 23, il rentre chez lui complètement guéri.

Observation X. — Pascal Escamilla, âgé de 15 ans, d'Alcocer (Guadalajara), se présente à la Consultation le 12 mai, disant qu'il a avalé une épingle. Il ressent une douleur au niveau de l'appendice xyphoïde, et la déglutition est difficile.

Afin de nous rendre compte de la hauteur à laquelle se trouve le corps étranger, nous faisons un examen radioscopique à la maison du docteur Decref ; nous ne trouvons pas trace d'épingle, mais en revanche nous voyons une monnaie de cinq centimes en bas de la fourchette sternale. Dans la radiographie, la monnaie apparaît comme entourée d'une tâche obscure que nous supposons être une zone de péri-œsophagite et à quoi on doit évidemment attribuer la douleur dont se plaint le malade.

Nous essayons de rectifier les renseignements donnés par le malade, et, en effet, il en résulte que, quinze jours auparavant, il avait avalé une pièce de monnaie qu'il tenait dans sa bouche, accident qui ne fut suivi d'aucune gêne ; et que, le jour indiqué, alors qu'il avait une épingle dans la bouche, il crut l'avoir avalé, dit qu'il la sentait dans la gorge et fit des efforts pour la rejeter, sans y arriver. Depuis ce moment, il remarqua de la gêne à la déglutition des liquides, ainsi qu'une douleur au niveau du cardia ; quant à la déglutition des solides, elle était impossible.

Œsophagoscopie avec anesthésie cocaïnique ; nous introduisons d'abord un tube de 9 millimètres pour 15 centimètres de long, puis un de 14 millimètres pour 23 centimètres de long, enfin un de 14 millimètres pour 30 centimètres de long, tout cela sans résultat. L'exploration ne nous faisait pas voir la monnaie ; nous apercevions seulement une tuméfaction grande de 3 ou 4 centimètres, d'aspect œdémateux, sur la paroi antérieure, tuméfaction que le tube n'arrivait à dépasser qu'avec peine et qui, en certains endroits, présentait des érosions qui saignaient ; de plus, le passage du tube et l'examen au stylet étaient très douloureux.

Deux jours après, sous anesthésie chloroformique demandée par le malade, nous faisons une nouvelle exploration, introduisant un tube de 30 centimètres, jusqu'à faire entrer l'embout dans la bouche ; tous les renseignements recueillis lors de la première exploration furent confirmés, mais nous pûmes nous convaincre que, passée la dite tuméfaction, l'œsophage apparaissait tout à fait sain sur une étendue de 3 à 4 centimètres.

Nous fîmes un autre examen radioscopique et vîmes qu'en effet la pièce de monnaie n'était plus là où nous l'avions vue la première fois et, poursuivant l'exploration, nous la retrouvâmes dans le rectum, tout près d'être expulsée. Cela se fit le soir même après qu'on eut administré au malade une purgation (huile de ricin).

La déglutition, continuant à être douloureuse, le malade resta quelques jours en observation, puis s'en alla en bon état.

Il est évident qu'en faisant l'anesthésie locale, nous dûmes repousser dans l'estomac la pièce de monnaie qui était légèrement enclavée avec un des porte-cotons, et c'est là la raison qui ne nous permit pas de la retrouver lorsque nous introduisîmes le tube.

Observation XI. — Ramon Fernandez, âgé de 44 ans, journalier, se présente à l'Hôpital le 21 juillet; il nous raconte que trois jours avant, pendant qu'il mangeait, un morceau de viande s'était arrêté, occasionnant un fort accès de suffocation qui dura presque toute la nuit. Il ne peut absolument rien avaler.

Exploration. Avec les précautions habituelles, on introduit un tube de 30 centimètres de long pour 14 milimètres de diamètre; à 24 centimètres de l'arcade dentaire, on rencontre une masse grisâtre, fétide, qui est enlevée avec la pince et qui était constituée par un morceau de viande tendineuse. La paroi postérieure de l'œsophage est couverte d'érosions, et présente une coloration sale. On renvoie le malade sur sa demande; mais, eu égard à l'état précaire de la paroi œsophagienne, on lui ordonne de ne prendre, pendant deux ou trois jours que du lait bouilli comme aliment.

Observation XII. — Fidel Rivas, âgé de 29 ans, laboureur, de Ciudad-Real, vient nous consulter le même jour que le malade de l'observation précédente (21 juillet); il raconte qu'il y a cinq jours, pendant qu'il mangeait, il avala un morceau de côte de lapin qui se mit en travers; il y eut un violent accès de suffocation qui s'arrêta quand le malade introduisit dans sa gorge un crayon à l'aide duquel il repoussa le corps étranger; il persista une douleur intense au niveau du creux sternal, douleur qui s'exacerbait par la toux et par les essais de déglutition qui ne permettaient du reste que le passage des liquides.

Œsophagoscopie. On introduit un gros tube de 25 centimètres, et, à environ 15 centimètres de l'arcade dentaire, on aperçoit le corps étranger placé en travers de l'œsophage et recouvert en partie par les parois de ce dernier; celles-ci se déplient au fur et à mesure que le tube avance, et le corps étranger fuit en descendant devant nos yeux jusqu'à l'estomac. Nous n'essayons, du reste, pas d'entraver cette fuite.

Quand on retire le tube, on aperçoit sur la paroi gauche une petite érosion de la muqueuse qui saigne et qui a dû être produite par quelque pointe de l'os que l'on apercevait parfaitement entre les replis de la muqueuse comme une arête blanche.

Pendant quelques jours, on garde en observation le malade soumis à la diète lactée. La déglutition est à peine sensible. Exeat.

Il est évident que l'os, d'aspect triangulaire, et d'environ 1 centimètre et demi, s'était mis en travers et avait légèrement incrusté sa pointe dans la paroi gauche; le tube, en avançant, dilatait petit à petit les parois de l'œsophage et libéra le corps étranger en arrivant tout près de lui; dirigé alors par les contractions de la tunique musculaire, il glissa jusqu'à l'estomac. Il est clair que nous aurions pu l'arrêter dans sa marche en l'attrapant avec une pince; mais pourquoi

l'aurions-nous fait? Pour triompher devant la galerie? Et si, en le faisant, le corps s'était enclavé de nouveau et avait blessé l'œsophage? Nous nous rappelâmes le vieux proverbe « à l'ennemi qui fuit, pointe d'argent » et nous n'avons pas eu à nous repentir de cette décision.

Observation XIII. — Ramon A. Torres, âgé de 5 ans, de Torralba (Ciudad-Real), se présente à la clinique, mené par sa mère, le 29 juillet. On nous raconte l'histoire de ce cas de la façon suivante : le 7 du même mois, l'enfant avait avalé un petit sou qui occasionna les réactions suivantes : accès de suffocation et vomissements, toux par accès qui existait déjà et devient plus violente ; elle s'accompagne de vomissements pendant les quatre jours qui suivent l'accident. L'enfant ayant été amené au médecin du village, plusieurs tentatives d'extraction sont faites sans résultats. De nouveaux essais également infructueux furent faits par le docteur Solgado (de Daimiel) qui, à l'aide des rayons X, fixa la position de la monnaie au niveau du premier ou du deuxième anneau de la trachée.

Devant ces antécédents, et aimablement aidé par le docteur Huertas fils qui donne le chloroforme à l'enfant, nous faisons une première exploration œsophagoscopique, introduisant un tube de 9 millimètres ; à 12 centimètres de l'arcade dentaire, à peine après avoir franchi le cricoïde, au-dessous duquel la radioscopie avait fixé la position du corps étranger, nous rencontrons un obstacle infranchissable formé par un bourrelet de muqueuse très injecté, à travers lequel, avec le stylet, on touche un corps dur qui doit être la pièce de monnaie.

Avec des mèches imbibées d'adrénaline, nous touchons de tous côtés, essayant d'ouvrir un passage avec une sonde molle, afin de découvrir la monnaie ; mais ni la sonde, ni le stylet mousse ne se fraient de chemin nulle part. Il en est de même avec le tube de 7 millimètres, avec une sonde molle plus fine et avec les porte-cotons. Il doit évidemment exister un passage, puisque l'enfant, bien qu'avec difficulté, avale les liquides ; mais ce passage doit être si petit que nous ne pouvons le découvrir et, devant l'impossibilité d'extraire le corps étranger par œsophagoscopie, nous décidons de faire le jour suivant l'œsophagotomie externe.

Opération. — Chloroformisation très difficile, avec deux crises d'asphyxie ; il faut faire, au cours de l'une d'elles, la respiration artificielle. Les parois de l'œsophage sont gonflées, la pièce de monnaie, arrêtée au niveau de la sixième vertèbre cervicale, était tout à fait en travers et presque horizontale. On fait deux points de suture, un supérieur et un inférieur, on met une sonde en permanence dans la plaie œsophagienne. Au réveil, l'enfant a une quinte de toux coqueluchoïde avec un vomissement qui tache la surface cruentée. On nettoie de nouveau celle-ci et on place rapidement le pansement. La première fois que nous le renouvelons, la plaie est sale, il y a un peu de pus et le point de suture inférieur a cédé par suite des accès de toux qui est franchement férine. Nous ordonnons

une potion de bromoforme, de la teinture de drosera et de belladone pour calmer cette toux.

Le 3 août, on enlève à l'enfant la sonde passée par la fistule œsophagienne et on essaie à grand peine d'en passer une par le nez ; la muqueuse n'a pas du tout diminué de volume et la sonde bute contre le bourrelet que nous avions vu par le tube ; à la fin, on réussit à la faire passer.

Grâce à des pansements journaliers, la plaie se nettoie petit à petit, mais le point de suture d'en haut cède à son tour, car la toux est des plus violentes.

Le 6 août, on enlève la sonde nasale pour la laver et il en coûte de nouveau un assez gros travail pour la remettre en place. La température qui, les premiers jours, atteignait 40°, redevient normale ; la plaie se nettoie tout à fait ; mais la toux devient de plus en plus violente ; le soir même, l'enfant a deux accès de suffocation tellement forts qu'il se cyanose et, au cours d'un troisième, plus fort, à 8 heures du soir, il meurt.

Nous pouvons signaler plusieurs points très intéressants dans cette histoire clinique : d'abord l'importance de l'œsophagoscopie. L'œsophagoscopie a une valeur considérable pour l'extraction des corps étrangers, mais elle n'est pas infaillible. Pour si grandes que soient les facilités qu'elle nous donne, dans certains cas, elle ne peut surmonter les difficultés qui résultent de la situation et de la présence du corps étranger.

Un corps étranger retenu vingt-quatre jours dans l'œsophage, et soumis à de nombreuses séances de manœuvres aveugles à l'aide de sondes, de pinces, de paniers, etc., etc., doit provoquer de l'œsophagite, la muqueuse œdématiée, enflammée recouvre de ses replis le corps du délit, pour peu que la position de ce dernier, complètement transversale, le favorise, il se voit enserré dans une sorte d'étui muqueux enflammé qui opposera au tube un obstacle infranchissable et que l'on n'essaiera pas de forcer par crainte de produire une déchirure.

C'est là une contre-indication formelle aux procédés anciens, comme nous l'avons déjà signalé dans notre travail publié dans *El Siglo Médico*; c'est là aussi une difficulté que l'œsophagoscopie reconnaît, mais ne peut surmonter.

Il faut toujours se souvenir qu'en médecine il n'y a pas de *panacées* et que, pour le bon renom d'un procédé, il ne faut pas lui demander plus qu'il ne peut donner.

Un deuxième point intéressant de l'observation est la facilité avec laquelle l'enfant mis en position présenta des accidents d'asphyxie (comme dans l'observation IV) ; ces accidents étaient dus, non au chloroforme, mais à la compression de la trachée

par la pièce de monnaie qui, placée presque transversalement, repoussait avec son bord la paroi postérieure membraneuse de celle-ci.

Enfin, la cause de la mort fut due, sans aucun doute, à la dilatation aiguë du cœur, terminaison qui s'observe souvent dans la toux férine et sur laquelle influèrent peut-être les altérations septiques qui se présentèrent les premiers jours et qui firent que la température vint à dépasser 40° ; bien que deux ou trois jours avant la mort, la température fût redevenue normale et que la plaie se fût nettoyée, on doit supposer que le cœur surmené et fatigué ne put supporter les augmentations soudaines de pression que les derniers accès très violents provoquèrent.

Quant à la question de savoir si l'enfant devait être opéré, il ne vint pas à notre idée de poser des conditions, même en soupçonnant qu'il souffrait de toux férine ; nous étions en présence d'un problème qui n'admettait pas de retard, surtout étant donnée la longueur de guérison de cette maladie. L'enfant s'alimentait très difficilement, il ne passait que du lait, par petites gorgées, et il serait toujours et sûrement mort d'inanition s'il n'avait pas été opéré, de telle sorte qu'en présence de deux maux, il fallait choisir le moindre, celui qui donnait le plus de probabilités. Il n'y avait pas de doute que ce fût l'opération ; nous pensions pas d'ailleurs qu'elle pût aggraver de telle façon le pronostic, surtout si on songe que l'un des temps de l'opération, la chloroformisation, est employé comme traitement efficace de la toux férine ; mais malheureusement, nous n'en obtînmes aucun résultat dans notre cas.

(*A suivre.*)

XI

ABCÈS DU CERVELET
ET
THROMBOSE DU GOLFE D'ORIGINE OTIQUE[1]

Ouverture de l'abcès, ouverture du golfe à travers le trou déchiré postérieur. Présentation de la malade guérie.

Par **VAN DEN WILDENBERG** (d'Anvers).

M. V. d. S.., 27 ans, mariée, deux enfants, est conduite à l'hôpital Sainte-Marie le dimanche 14 juin 1908. Je suis frappé par son teint cyanosé, son abattement. Elle accuse de violentes douleurs dans l'oreille droite et dans la région occipitale. Il y a un peu de rachialgie. Elle répond assez bien aux questions qu'on lui pose.

La malade est une ancienne otorrhéique à exacerbations périodiques. Elle a souffert fréquemment de maux de tête qu'elle ne peut pas localiser. Elle a éprouvé souvent des vertiges. Depuis 15 jours prise de douleurs très intenses de l'oreille droite, elle a dû s'aliter. Ce n'est que quelques jours avant son entrée à l'hôpital qu'elle avait eu recours aux soins du Dr Laenen.

La malade a éprouvé au moment de son entrée à l'hôpital de violents et longs frissons. Elle a 41° de température. Le pouls est faible, très fréquent. La respiration est fréquente et régulière.

L'examen de la région rétro-auriculaire droite ne m'y révèle pas de rougeur, pas de gonflement.

La région antrale est douloureuse à la pression, mais le point le plus douloureux siège exactement derrière l'apophyse, ce que Laurens nomme si bien *le cri de la pyohémie*. La pression sur l'écaille occipitale droite est également très sensible. Il existe de l'empâtement cervical droit ; une palpation attentive de cette région permet de distinguer vaguement le cordon de la jugulaire.

L'inspection du fond du conduit me permet de constater une vaste destruction du tympan, des granulations. Il existe quelques vestiges des osselets. Un peu de pus très fétide au fond de l'oreille moyenne. L'oreille gauche présente les lésions d'une otite moyenne chronique sèche avec perforation du tympan.

Nous pratiquons la ponction lombaire qui fournit un liquide, s'écoulant en jet, clair, limpide. Un examen microscopique du liquide pratiqué par le Dr Klynens révèle un liquide normal.

J'opère la malade le lendemain, lundi 15 juin, avec l'aide des confrères Marinus et Peeters. Je pratique l'incision classique pour la ligature de la jugulaire en haut au-dessus du tronc veineux thyro-

1. Communication à la Société de Médecine d'Anvers, novembre 1908.

linguo-facial. En inspectant la jugulaire en cet endroit, elle me paraît manifestement atteinte de phlébite oblitérante. Par le palper, je perçois le caillot. Cela me décide à prolonger l'incision cutanée jusqu'à la clavicule. Ici je découvre une région où la jugulaire paraît normale, mais collabée. J'y place une double ligature et coupant la jugulaire entre les deux, je la résèque dans sa totalité, depuis son embouchure dans le thorax jusqu'en haut au niveau de l'os hyoïde. La jugulaire réséquée avait des parois couleur gris-foncée, sale, l'intérieur était tapissé par des thrombus très fétides. Je place une mèche dans le bout de la jugulaire fistulisée à la plaie du cou, selon le procédé d'Alexander, et je suture la plaie.

Nous procédons ensuite à l'intervention cranienne. Le cuir chevelu avait été rasé sur toute la moitié droite de la tête. Je pratique une longue incision rétro-auriculaire et une incison perpendiculaire à la précédente.

Après l'ablation de quelques copeaux osseux, rous voyons saillir du pus de mauvais aspect, très fétide, nous découvrons une fistule conduisant dans la loge cérébelleuse. Je la néglige momentanément pour pratiquer d'abord l'évidement pétro-mastoïdien qui nous montre un antre rempli de pus ; de petits séquestres siègent au niveau du massif du facial.

Quand la cavité est bien égalisée, je procède à un examen soigneux des parois de l'oreille interne, vestibule, canal semi-circulaire externe, etc., qui paraissent normales.

Revenant à la fistule d'où suintait du pus, je l'élargis à la pince-gouge et j'ouvre une collection extra-durale baignant le cervelet et le sinus latéral. Les parois de celui-ci ont l'aspect feuille-morte. Il est mis à nu loin en arrière jusque près du pressoir d'Hérophile, en avant, dans la direction du golfe.

J'incise la paroi très épaissie de la veine et je trouve un long thrombus, très fétide. Le bout périphérique (direction du golfe) est d'abord enlevé,ce qui produit une hémorragie assez abondante et je continue à l'enlever vers le haut, jusque tout près du pressoir, ce qui fut le signal d'une hémorragie très profuse, la plus importante qu'il m'ait été donné d'observer dans l'espèce. Malgré mes tentatives, je ne parviens pas à arrêter l'hémorragie qui traverse, comme sans peine, les tampons les plus hermétiquement placés. J'élargis lestement la brèche osseuse, je place encore des tampons et j'entoure le tout d'un pansement très serré.

La malade présente un état syncopal grave, elle est très cyanosée.

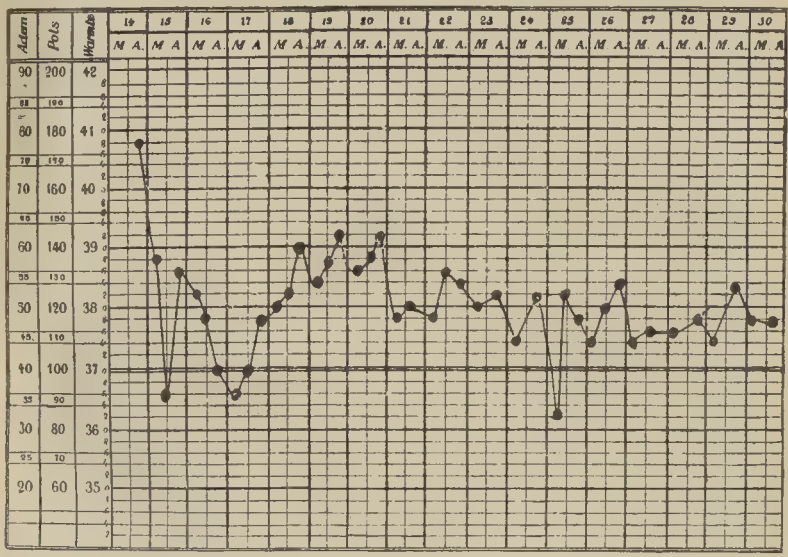
Une généreuse injection de liqueur physiologique relève lentement le pouls.

Mardi, 16 juin. Température 38°1 le matin, 37° le soir. Pouls 110. La malade a bonne mine, elle est gaie. Elle se plaint d'un peu de douleur dans la région occipitale. La malade a des sensations de vertige. Les rotations de la tête augmentent cette sensation.

L'examen aux diapasons exclut toute participation des labyrinthes à la suppuration.

Je lève le pansement qui est trempé de sang et répand une forte odeur. Au niveau du cou se déclare un phlegmon gangreneux, ce qui me décide à désunir la plaie du cou. Au niveau de la plaie mastoïdienne je remarque des plaques noires de gangrène, la veine sigmoïde présente également cet aspect.

Je procède à l'exploration du golfe. Le cathétérisme échoue. Le curetage ramène de la sanie putride. L'eau de lavage ne passe pas dirigée de haut en bas et réciproquement. Application d'un pansement à l'eau oxygénée.



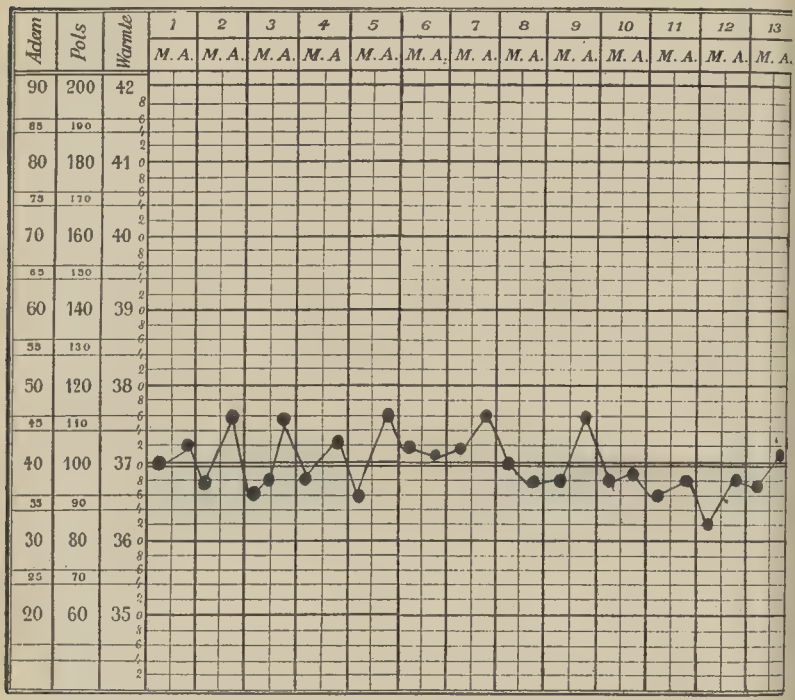
Mercredi, 17 juin. Les pansements sont renouvelés deux fois par jour. Toute l'étendue de la plaie du cou présente un aspect noir charbon. Cette même teinte se retrouve au niveau de la plaie mastoïdienne et au niveau du cervelet.

Jeudi, 18 juin. Il y a de la fièvre, de la prostration, de l'inappétence. Il existe une légère contraction spasmodique au niveau du sterno-cléido-mastoïdien. Du pus très abondant, très fétide s'échappe avec de grands mouvements pulsatiles de la région du golfe. Un examen minutieux nous permet de conclure à la présence certaine de la thrombose infectieuse du golfe. Nous sommes convaincus que celui-ci n'est pas efficacement drainé. L'ouverture du golfe de la jugulaire s'impose et je décide de la pratiquer le lendemain si les symptômes ne s'amendent pas.

Vendredi, 19 juin. La situation est la même et aidé des confrères Snacken et Dierx, je procède à l'attaque du golfe infecté. Cette opération, de date récente, toujours très délicate, fut ici vraiment labo-

rieuse et hérissée de difficultés. Celles-ci provenaient de l'état phlegmoneux des nombreuses couches de tissu musculaires et aponévrotiques qui défendent l'accès vers le golfe.

Je pratique une incision cutanée partant du bord inférieur de la plaie rétro-auriculaire et allant rejoindre l'extrémité supérieure de la plaie du cou. Je résèque la pointe de la mastoïde, je détache le ventre



postérieur du digastrique et je pince l'artère occipitale. Je résèque la gouttière sigmoïdale dans sa partie inférieure et antérieure jusqu'à la rencontre de l'apophyse transverse de l'atlas.

Je me porte ensuite vers la plaie du cou, je libère le bord antérieur de la partie supérieure du sterno-cleido-mastoïdien. Je rencontre le nerf spinal qui est écarté. Je repère l'extrémité supérieure fistulisée de la jugulaire (au point où s'était arrêtée l'excision de cette veine au moment de la première opération) et je l'isole jusqu'au golfe.

Je retourne à la plaie mastoïdienne. Je sens l'apophyse styloïde en dehors, l'apophyse transverse de l'atlas en arrière et en dedans. e décolle la dure-mère dans la direction du trou déchiré postérieur. Je résèque un mince morceau de l'apophyse transverse et je m'engage entre les deux apophyses et je résèque l'os en avant, en haut et

en dedans, me rapprochant du condyle de l'occipital. Avec une pince-gouge en baïonnette, je parviens à briser le bord postérieur du trou déchiré postérieur que je ramène en partie sous forme de croissant. Le sinus, le golfe, la jugulaire sont ainsi mis à nu dans toute leur étendue d'une façon continue sans laisser de pont osseux intermédiaire.

La paroi verdâtre, très épaissie du golfe est incisée : elle renferme des détritus, de la sanie putride. Je résèque la veine. Il est à remarquer que le prolongement dure-mérien, qui enveloppe la veine, adhère très fortement à la fosse jugulaire.

Application d'un pansement à la gaze iodoformée, trempée dans l'eau oxygénée.

Samedi, 20 juin. L'intervention n'a pas eu d'influence sur la courbe thermique. La malade a une légère parésie faciale inférieure. Elle tousse et accuse des douleurs à la base du poumon droit, elle a une expectoration abondante, très fétide. Il y a des râles disséminés sur toute l'étendue du poumon, surtout marqués au niveau de la base. Il s'agit d'une métastase infectieuse pulmonaire. La malade qui n'a plus d'appétit depuis quelques jours, a beaucoup maigri.

Les pansements sont renouvelés deux fois par jour.

Dimanche, 21 juin. La fièvre a diminué. La malade s'est levée pour la première fois et a éprouvé un violent vertige et de la titubation. Nous la faisons marcher ; elle a une démarche ataxique, elle tombe du côté malade.

Il n'y a pas de nystagmus du globe oculaire. Elle éprouve des douleurs dans la région occipitale. La pression sur cette région arrache des cris.

Au niveau de la région du golfe, les tissus prennent également l'aspect gangreneux. La teinte noir charbon envahit le nerf spinal. La paralysie faciale inférieure s'accentue.

Lundi 22 et mardi 23 juin, même état grave. Le pouls généralement à 120 tombe à 70. Il y a de l'occipitalgie violente. La pression occipitale est douloureuse. Les réflexes patellaires sont diminués. La marche est titubante avec chute.

Le nerf spinal est coupé par la gangrène. Le facial est également intéressé dans son domaine supérieur : la malade n'arrive plus à fermer les paupières.

L'examen du cervelet montre une absence de battements de cet organe. En l'absence de participation du labyrinthe, nous concluons de ces symptômes à l'existence probable d'une collection cérébelleuse.

Le 24 juin, les symptômes étant les mêmes nous élargissons la brèche osseuse et pratiquons deux incisions dans la partie antérieure du cervelet en des points situés en dehors du sinus. La seconde incision, à une profondeur d'un centimètre, fournit un écoulement de deux cuillerées à café de pus. Je mets un drain de gaze iodoformée dans la plaie. Si le labyrinthe avait été intéressé également comme il arrive souvent dans les abcès cérébelleux, profonds, le diagnostic aurait été plus embarrassant.

Le 25 juin, la température tombe à 36°2. Le pouls est à 90. La douleur occipitale à la pression est diminuée. Les phénomènes pulmonaires persistent. Les plaies ont toujours mauvais aspect, mais il y a moins de fétidité.

Il y a de l'inappétence. Pansements biquotidiens.

Le 2 juillet, chute de la température. Les phénomènes pulmonaires se sont beaucoup amendés. Il n'y a presque plus d'expectoration. La malade retrouve son appétit. La paralysie faciale est devenue complète. La cavité de l'abcès du cervelet bourgeonne. La plaie cervicale dans sa moitié inférieure présente un excellent aspect. Dans sa partie supérieure elle a encore le teint noir charbon. La plaie cranienne présente également cet aspect, mais la fétidité est beaucoup moindre. Il n'y a plus de douleurs occipitales.

Le 10 juillet, elle éprouve un grand bien-être. Elle a un aspect squelettique avec les yeux excavés. Les symptômes pulmonaires ont complètement disparu.

Depuis ce jour elle est restée afébrile.

Ce n'est que le 20 juillet que les plaies cervicale et cranienne ont perdu la couleur noir charbon. Depuis ce moment le bourgeonnement de ces plaies profondes a marché rapidement. Des pansements minutieux ont été appliqués deux fois par jour. La marche est devenue normale, mais elle est extrêmement faible. Elle n'éprouve plus de vertiges.

A noter que le pouls est resté fréquent (120 pulsations à la minute) pendant près de deux mois.

La malade a quitté l'hôpital le 10 septembre.

La malade est actuellement dans un état de santé brillant. La cicatrisation des plaies est achevée. Elle a un appétit vorace et une mine excellente. La paralysie faciale est presque entièrement disparue. La régénération de la partie du facial gangrenée deviendra complète.

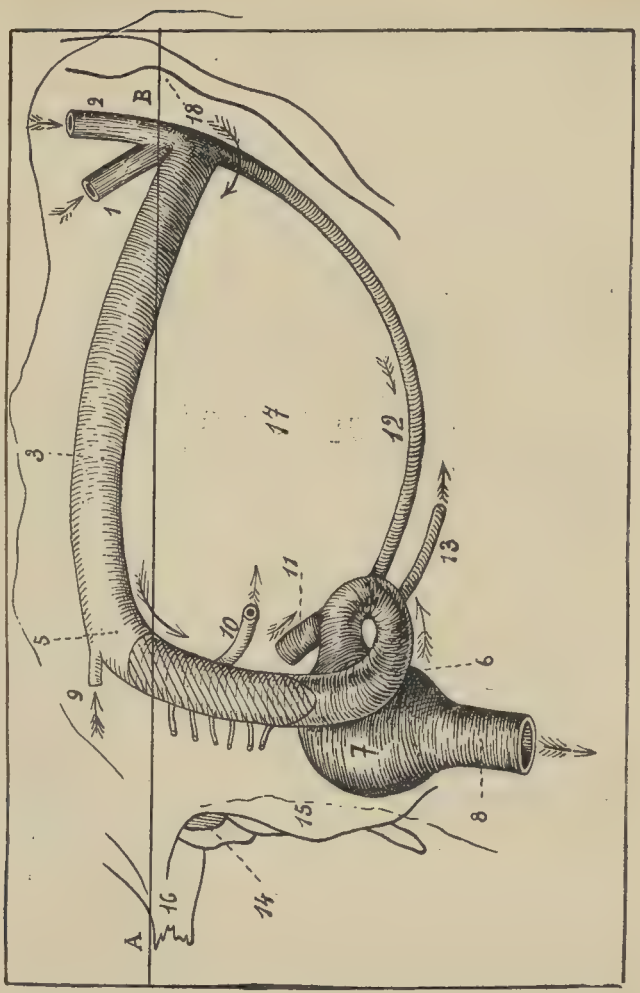
Réflexions. — L'ostéite du temporal caractérisée par la carie et la fistule au niveau du sinus sigmoïde, a été l'intermédiaire entre l'otite et la mastoïde d'une part et la phlébite du sinus d'autre part. La thrombo-phlébite du golfe a été secondaire à la thrombo-phlébite du sinus sigmoïde.

Il est probable que l'abcès du cervelet s'est produit par la thrombose infectieuse d'une veine de cet organe.

Nous reproduisons un dessin emprunté au livre d'Otologie de Boennighaus, qui vous rendra parfaitement compte des parties intra-craniennes et extra-craniennes du système veineux que j'ai été amené à réséquer.

Ce dessin indique le chemin tortueux que l'on doit suivre pour arriver jusqu'au golfe.

Avant qu'on eût abordé le golfe par la trépanation d'une des



Le sinus transverse gauche vu de côté et aussi un peu de derrière.

AB. Ligne horizontale allemande du crâne. — 1 et 2 sinus droit et longitudinal supérieurs qui n'ont pas été réséqués. — 3. Sinus transverse (partie horizontale). — 4. Sinus transverse (partie verticale = sinus sigmoïde). — 5. Genou supérieur du sinus sigmoïde. — 6. Genou inférieur du sinus sigmoïde. — 7. Golfe de la jugulaire. — 8. Veine jugulaire interne. — 9, 10, 11, 12 et 13 sont des collatérales sur lesquelles l'opération n'a pas porté. — 14. Orifice du conduit auditif externe. — 15. Apophyse mastoïde. — 16. Apophyse zygomatique. — 17. Fosse cérébrale postérieure.

parois du trou déchiré postérieur, j'ai eu recours dans plusieurs cas de thrombose du golfe aux lavages transsinuso-jugulaires et au tamponnement.

Ces lavages entraînant des particules septiques m'ont parfaitement réussi les premiers jours, mais échouèrent après complètement.

J'ai obtenu un bon résultat par la fistulisation du bout supérieur de la jugulaire près du golfe tel que je l'ai vu pratiquer plusieurs fois avec succès à la clinique du professeur Politzer par l'auteur de la méthode, le privat-docent Alexander.

D'après notre expérience la voie la plus sûre dans le traitement de la trombose du golfe bien diagnostiquée, est la suppression de ce foyer important par la mise à nu et par l'ouverture du golfe.

Nous avons réussi cette mise à nu deux fois. Chez la malade qui vous est présentée ce soir, je me suis heurté à des difficultés apparemment insurmontables provenant de l'état phlegmoneux de tout le champ opératoire. La distance séparant la fosse jugulaire de la surface cutanée de la mastoïde, qui, d'après Laurens, excède rarement quatre centimètres et demi, atteignait ici plus de six centimètres. En outre, à cause de l'état inflammatoire, l'intervention fut très hémorragique.

En une première séance nous avons dénudé puis excisé la veine jugulaire interne, nous avons avons dénudé et dans la suite, à cause de la gangrène des parois, excisé le sinus. Dans une autre intervention nous avons dénué et excisé le golfe de la jugulaire.

Il est à remarquer que le rétablissement de la circulation a pu se faire très bien malgré la suppression complète de la jugulaire interne et de ses collatérales.

La présence simultanée d'un abcès cérébelleux et d'une thrombose a été souvent signalée.

Nous avons personnellement observé un autre cas[1] analogue avec le Dr Sano. L'examen clinique n'avait pu donner qu'un diagnostic de probabilité. L'intervention exploratrice avait été décidée de commun accord, mais la malade mourut quelques heures avant celle-ci. A l'autopsie nous avons trouvé un abcès très volumineux, situé très superficiellement.

Les cas où l'ouverture d'un abcès cérébelleux a pu se faire

1. Van den Wildenberg (Anvers). Présentation de pièces anatomiques. Volumineux abcès du cervelet d'origine otique. *Bulletin de la Société belge d'Otologie, de Laryngologie et de Rhinologie*, t. I, 2e partie, 1906-1907.

en temps propice, sont extrêmement rares. Je trouve un cas relaté par Dundas Grant [1] en 1906.

J'ai pu trouver dans la littérature jusqu'à 1904, 63 cas d'opérations d'abcès du cervelet : 32 guérirent.

Ce cas est encore remarquable par la guérison de la métastase pulmonaire. Celle-ci, à en juger par l'abondance et par la fétidité de l'expectoration, était de nature très grave. Généralement de semblables complications laissent peu d'espoir.

Cette malade a subi trois opérations :

1° l'évidement pétro-mastoïdien avec résection de la jugulaire interne et ouverture du sinus sigmoïde ;

2° la dénudation du sinus latéral jusqu'au trou déchiré postérieur, et après la trépanation de celui-ci, la résection du golfe de la jugulaire ;

3° l'ouverture d'un abcès cérébelleux.

Pendant le traitement consécutif nous avons eu à lutter contre un phlegmon gangreneux grave, intéressant toute la plaie du cou et la plaie de la tête. La malade a présenté un abcès pulmonaire grave dont elle a été parfaitement guérie en trois semaines.

1. Dundas Grant. Un cas de thrombo-phlébite de la jugulaire et abcès cérébelleux. Ligature ultérieure du sinus et du bulbe. Drainage de l'abcès cérébelleux, guérison. *The journal of Laryngology, Rhinology and Otology*, mars 1906.

XII

PRINCIPES FONDAMENTAUX
DANS LE
TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE LARYNGÉE
(Fin).

Par **S. M. BOURACK** (de Charcoff).
[Traduction par Michel de Kervily, de Paris.]

A côté des mesures générales, il faut appliquer aussi un traitement local. De l'étude critique des travaux publiés et de mes observations personnelles voici les impressions que j'ai recueillies et voici comment, il faut procéder, à mon avis :

Pendant les premières semaines il ne faut entreprendre aucune intervention opératoire s'il n'y a pas d'indications auxquelles on ne peut se soustraire, comme la présence de granulations sténosantes, de dysphagie grave due à des ulcérations du vestibule du larynx, etc.Il faut se borner à un traitement dit conservateur, c'est-à-dire à prescrire des inhalations, des pulvérisations d'essences résolutives ordinairement employées, de substances calmantes balsamiques ou désinfectantes; par exemple, on emploiera le menthol, le baume du Pérou, l'eucalyptol, l'essence de pin, l'acide phénique[1], l'eau oxygénée, la morphine, l'opium, l'iodure de sodium, le bromure de sodium, le bicarbonate de soude, le chloral, etc. Le malade peut employer lui-même ce traitement, plusieurs fois par jour chez lui. On se servira aussi d'injections de solutions huileuses habituelles, c'est-à-dire de menthol en solution à 5 %, 10 % ou 20%. Plus rarement de solutions astringentes comme la solution de résorcine, d'acétate de plomb, d'alumnol, etc. Ou bien, on fera des insufflations de différentes poudres, iodol, europhène, orthoforme, anesthésine, aristol, plus rarement on emploiera l'iodoforme, l'acide borique, etc. Ou encore on fera des badigeonnages ou des cautérisations en employant des concentrations variées d'acide lactique, d'acide chromique, de parachlorophénol, de phénosalyl, de formaline, ou du mélange proposé dans ces dernières années et composé d'acide

1. Mermod propose la formule suivante qui a une action résolutive dans les œdèmes inflammatoires qui accompagnent les infiltrations et les ulcérations :

Acide phénique	aa	15
Chlorate de potasse		
Glycérine		100
Eau distillée		900

lactique, de formaline et d'acide phénique [1] ou enfin du bleu de méthylène.

Pendant la cautérisation, il faut avoir en vue que si l'on badigeonne comme on le fait habituellement toute la surface par exemple des cordes vocales, par l'acide lactique, ou par une autre substance, on produit un effet nuisible plutôt qu'utile ; la cautérisation ne devrait être en effet que topique. L'emploi de tel ou de tel procédé dépend de l'expérience personnelle, des habitudes du médecin, de l'école à laquelle il appartient [2].

On peut essayer les injections intra-trachéales des solutions huileuses de menthol, d'eucalyptol, de gomenol (en solution de 1 à 10 °/₀).

Fouscher recommande d'injecter de deux gouttes à 3 centimètres cubes de la solution suivante :

Menthol 1. Eucalyptol 10. Huile d'olive stérilisée 100. Ou bien : Goménol 10. Huile d'olive 100.

Il considère que les injections intra-trachéales sont contre-indiquées dans l'hémoptysie et lorsqu'il y a une tendance évidente au spasme du larynx.

Harland recommande les solutions suivantes :

Menthol 1 à 10 °/₀ en solution dans de l'huile. Acétate de morphine 0,008 °/₀. Chloroforme 0,3 °/₀. Chloretone 1 °/₀. Camphre 1 à 2 °/₀ et enfin l'iode. Comme antiseptique, il emploie l'essence de thym à 2 °/₀. L'essence d'eucalyptus 2 °/₀. Le salol à 3 °/₀. L'ichtyol à 2 °/₀. Le permanganate de potasse à 0,008 °/₀ (voir *Intern. Centr. f. Laryngol.*, 1907, V, page 172).

Mendel injecte dans la trachée tous les jours 9 centimètres cubes d'une solution d'essence d'eucalyptus de 1 à 10 °/₀ (*Resultate d. intratrachealen Behandlung*, loc. cit.).

Contre des symptômes particuliers, comme la toux, la dysphagie, etc., on conseille l'emploi de l'héroïne, de la dionine, de l'anesthésine, de l'orthoforme (en insufflations), de la morphine, etc.

Il est très important de recommander au malade d'éviter toute fatigue de la voix, comme la lecture à haute voix, le chant,

1. Solution de Lake :

Acide lactique	80 °/₀
Formaline	7 °/₀
Acide phénique	10 °/₀

2. Je n'entrerai pas ici dans l'appréciation des différents procédés qui sont employés. Au sujet des anciens procédés, il y a une étude très complète dans le traité de Heymann. Au sujet des procédés nouveaux, il y a encore trop peu d'études pour se faire une opinion justifiée, et certains d'entre eux ne semblent pas donner de résultats bien probants.

les discussions, les conversations animées. Ce qui serait le plus rationnel, c'est, assurément, de faire garder par le malade un silence complet. Dans ces dernières années l'attention a été tout particulièrement attirée sur ce point. Du reste, déjà en 1887, Lublinski (*Berlin. klin. Wochensch.*, n° 52), puis Neumann (*Münch. medic. Wochensch.*, 1902, n° 27) faisaient jouer au silence absolu un grand rôle dans le traitement de la tuberculose laryngée. Cette méthode a trouvé de nombreux partisans et elle a été particulièrement défendue par Semon, Hamilton, Luc, Bardswell et Basil Adams. Ces deux derniers médecins ont employé dans un sanatorium la méthode de Semon chez six malades, et chez cinq de ces malades la voix est revenue normale. Une action favorable a été aussi constatée dans les cas d'ulcérations et d'infiltrations [1].

Dünger [2] a fait récemment une communication sur un cas de tuberculose laryngée avec infiltration de la paroi postérieure où un bon résultat a été obtenu par le traitement général seul avec conservation d'un *silence absolu*.

Luc (Behandlung d. Kehlkopftuberkulose, 1907, V, *Int. Cent. f. Laryng.*), tout en vantant particulièrement lagalvano-cautérisation, donne au silence absolu une place importante au milieu des autres moyens de traitement de la tuberculose laryngée.

Semon, dans son rapport à la Société laryngologique de Berlin (1906), insiste sur la nécessité du silence absolu dans le traitement de la tuberculose laryngée et cite à l'appui une série d'observations tirées de sa clientèle personnelle.

Assurément, dans les conditions habituelles, il est presque impossible d'obtenir un silence absolu chez nos malades. Il est incomparablement plus facile d'appliquer ce principe dans un sanatorium.

On a récemment proposé de traiter la tuberculose « ascendante » des voies aériennes supérieures par l'iodure de potassium et le mercure (école de Körner à Rostock). C'est ainsi que Grünberg [3], de la clinique du professeur Körner, a présenté six cas où il a obtenu un résultat favorable en faisant prendre à l'intérieur de l'iodure de potassium à la dose de 2 grammes par jour et en faisant des injections mercurielles sous-cutanées [4].

1. Voir *Münch. med. Wochen.*, 1907, n° 45, page 2249. Komplettes Schweigen während der Sanatoriumbehandlung der Larynxtuberkulose.
2. *Gesellsch. Südd. Laryngol.*, 20 mai 1907.
3. *Münch. med. Wochen.*, 1907, p. 34.
4. Voir : *Zeitschr. f. Chir.*, 1907, IX. Ueber den Günstigen Einfluss des

Körner lui-même, dans sa communication à la société médicale de Rostock le 11 mai 1907, a recommandé dans la tuberculose primitive du larynx et dans les infiltrations limitées d'essayer le traitement par l'iodure de potassium et par le mercure. Cet auteur a présenté en même temps des observations où ce traitement a eu une action favorable dans des cas de tuberculose laryngée avérée. Cependant, dans les cas d'ulcérations étendues, il conseille la curette double, surtout s'il s'agit de tuberculose pulmonaire à l'état stationnaire (Voir aussi Waebers, 1903). Le traitement par l'iodure de potassium et par le mercure a déjà été recommandé longtemps auparavant, surtout par les ophtalmologistes contre le lupus.

Cependant, tout ce que nous savons à ce sujet ne nous permet pas de recommander encore ce mode de traitement. Il est indispensable de poursuivre encore l'étude de ces méthodes. Quant au traitement par la tuberculine, on trouvera à ce sujet des indications intéressantes dans différents auteurs[1].

Si le traitement médical ne donne pas de résultats, si, malgré l'application de tous les moyens généraux énumérés plus haut le processus montre une tendance à progresser, il faut alors songer à entreprendre une thérapeutique plus active.

Lorsqu'il s'agit d'infiltrations limitées qui ont une tendance à s'ulcérer, surtout lorsqu'elles siègent sur les vraies cordes vocales ou dans l'espace inter-aryténoïdien, lorsqu'il s'agit d'ulcérations localisées sur l'épiglotte, surtout lorsque les foyers morbides sont bien délimités et ont le caractère de tumeurs, l'emploi de la curette est indiqué[2]. Il faut se servir de cet instrument avec assurance et énergiquement, après avoir fait l'anesthésie comme j'en ai déjà parlé plus haut.

Assurément, l'intervention opératoire ne doit pas être entreprise lorsqu'il s'agit de formes congestives, s'il y a une mauvaise nutrition générale, si la température est élevée, si les lésions pulmonaires sont très avancées, etc. Mais dans les cas où il y a une dysphagie pénible qui ne cède pas aux moyens ordinaires et amène la cachexie du malade, on peut ne pas être arrêté par ces contre-indications ; on peut même dans ces cas proposer au malade une intervention opératoire dans l'espoir

innerlichen Gebrauches von Iod. Kali auf die Tuberculose der oberen Luftwege et *Zeitschr. f. Ohrenkr.*, 1907, Bd. 53, H. 4.

1. Notamment dans les plus récents travaux de Sahli (2e édition) et de Neicheller et Altschuller (de Jalta). On peut particulièrement recommander ce dernier travail où la question est étudiée en détail.

2. La curette simple est souvent insuffisante, car elle laisse les bords du tissu enlevés à pic et elle n'enlève pas suffisamment.

d'obtenir un soulagement palliatif. Dans les cas de granulations qui produisent de la sténose, il ne faut pas attendre aux dernières limites; lorsqu'il sera possible, on enlèvera les granulations au moyen des pinces coupantes, de la curette double, etc.

Dans les cas d'ulcérations superficielles siégeant sur les bords de l'épiglotte ou sur les cordes vocales, dans les cas d'infiltration diffuse sur les cordes vocales, surtout sur les bords libres, si des végétations se trouvent au-dessous des cordes vocales, la curette devient insuffisante. IL faut employer alors la galvano-cautérisation. Cependant lorsqu'on sait bien se servir de la curette elle peut aussi être utile lorsque le processus s'est largement étendu, lorsqu'il y a, par exemple, de larges ulcérations de l'épiglotte, des fausses cordes vocales et de l'espace inter-aryténoïdien.

Dans les cas de larges et profondes infiltrations on peut essayer de les détruire en enfonçant profondément la pointe du galvano-cautère, et cette opération peut être répétée à des intervalles plus ou moins espacés selon l'intensité de la réaction.

Les végétations de la paroi postérieure du larynx, qui, comme on le sait persistent souvent pendant de longues années sans s'ulcérer, doivent, de préférence, être laissées en repos si, du moins, elles ne montrent pas de tendance à une dégénérescence rapide et si les troubles fonctionnels qu'elles provoquent ne deviennent pas de plus en plus sérieux en produisant une perte complète de la voix et une dyspnée pénible.

Si l'intervention opératoire est mal supportée, si la réaction de guérison ne se montre que très faiblement, si, à l'endroit où des végétations ont été enlevées, on en voit réapparaître rapidement de nouvelles, il ne faut assurément pas, dans ce cas, persister. On sera obligé de recourir de nouveau aux méthodes médicales ordinaires, ou d'essayer l'action de la lumière solaire, des rayons X, et des autres moyens analogues.

On pourra aussi dans ces cas essayer l'électrolyse et même proposer au malade une opération exo-laryngée comme la laryngotomie ou l'ablation totale du larynx si l'état général, et surtout si la nature des lésions pulmonaires donnent encore un espoir de salut.

Lorsqu'il y a danger de suffocation par suite de l'étendue des infiltrations ou des granulations à la périphérie des ulcérations, il faut faire, en temps utile, la trachéotomie, si le médecin est adversaire du curettage ou s'il n'est pas suffisamment familiarisé avec la technique endo-laryngologique.

Dans un avenir prochain nous trouverons peut-être parmi les

produits microbiens une substance qui nous permettra de vaincre l'affection qui nous occupe. Mais à l'heure actuelle il est encore prématuré de considérer les substances proposées comme ayant réellement une action favorable.

Je veux, en terminant, présenter les observations de plusieurs cas où, dans ma pratique personnelle, j'ai eu l'occasion d'employer le curettage et la galvano-cautérisation dans la tuberculose laryngée.

Observation I. — K..., âgé de 29 ans, malade depuis 5 ans. Hémoptysies, toux, dysphonie, dysphagie, dyspnée. Bacilles de Koch dans les crachats. Lésions pulmonaires modérées. Infiltration ulcérée de la paroi postérieure du larynx. La corde vocale droite est dans sa partie postérieure infiltrée et légèrement ulcérée. Érosion sur la face inférieure de l'épiglotte qui est augmentée de volume et œdématiée.

Pendant 2 semaines le traitement habituel avait été fait, mais sans succès. Ablation des infiltrations de la paroi postérieure avec le traitement consécutif habituel : cautérisations par l'acide lactique à 50 et à 75 %, insufflations d'orthoforme, injections d'une solution huileuse de menthol. Six semaines plus tard, on peut constater une amélioration subjective et objective. La déglutition, notamment, se fait sans douleur (1901).

Observation II. — K..., âgé de 22 ans, malade depuis 2 ans. Pleurésie séreuse tuberculeuse. Aphonie presque complète. Dysphagie. Dans les poumons les lésions sont petites. Dans le larynx il y a une petite ulcération sur le bord de l'épiglotte. Les cordes vocales vraies sont infiltrées et recouvertes d'érosions dans leur partie postérieure. Le cartilage aryténoïde droit est infiltré, de même que le repli épiglottique.

Traitement : grattage de petites ulcérations au moyen d'une curette ; ablation du cartilage aryténoïde infiltré et du repli épiglottique. Puis cautérisation par l'acide lactique à 50 % tous les 3 ou 4 jours.

Six semaines plus tard, on constate une amélioration dans la voix, et la déglutition est facile. Amélioration dans l'état des poumons. L'examen microscopique avait montré, avant l'opération, des bacilles de Koch dans les crachats. Peu de temps plus tard (1902) le malade est mort de pneumonie.

Observation III. — C..., âgé de 22 ans. Malade depuis 4 ans. Voix rauque. Toux. Dyspnée. Douleur à la déglutition. Le malade se présente le 20 octobre 1901 à la consultation de laryngologie à l'hôpital Alexandrovsky à Charkoff.

En 1897, le malade a eu une abondante hémoptysie après une grippe. Depuis ce temps, la toux a persisté. Sueurs nocturnes. Au printemps de l'année 1901 apparut l'enrouement de la voix, et depuis l'automne de la même année, il y a de la dysphagie. Dans ces derniers temps même le lait est difficile à avaler. Amaigrissement.

Fièvre tous les après-midi. Submatité au niveau du sommet du poumon à gauche ; l'inspiration et l'expiration sont saccadées ; les vibrations sont augmentées. Bronchite généralisée. A l'examen on constate une infiltration avec ulcérations dans l'espace inter-aryténoïdien. Infiltration et érosion sur les cordes vocales, en arrière. Malade inscrit sous le diagnostic de tuberculose laryngée (Dr Sourouktchy). Je fais un curettage énergique avec cautérisation consécutive.

Trois mois plus tard (en février 1902) ce malade est présenté par moi à la société médicale de Charkoff. Il ne reste plus à cette époque aucune trace d'infiltration. A la place des ulcérations il y a une cicatrice. La déglutition ne provoque plus aucune douleur. La voix est claire, quoique pas absolument pure. *Ce malade est encore bien portant* jusqu'à présent.

Observation IV. — A..., âgé de 18 ans. En 1899 et en 1900 le malade eut 3 congestions pulmonaires. En juillet 1900, des bacilles de Koch ont été trouvés dans les crachats. En septembre 1901, toux violente, voix enrouée. Depuis novembre, dysphagie pénible. Le malade vint me consulter le 26 novembre 1901 avec une aphonie presque complète. Pendant plusieurs semaines le traitement habituel fut appliqué sans succès.

Dans le larynx, il y a des lésions étendues : œdème de l'épiglotte, ulcération sur son bord libre et sur sa face inférieure ; infiltration et ulcération de la corde vocale droite ; sur la paroi postérieure il y a des végétations ulcérées, infiltration dans la cavité ventriculaire. Les lésions pulmonaires sont, comparativement, peu avancées.

En l'espace de 3 mois, j'ai fait, à ce malade, 5 curettages très énergiques. Dans les intervalles, j'ai employé le menthol, l'acide lactique, l'orthoforme, etc. La déglutition devint tout à fait facile, la toux et la dyspnée diminuèrent et la voix s'améliora. J'ai présenté ce malade à la Société médicale de Charkoff. La nature tuberculeuse des lésions a été démontrée par l'examen histologique.

J'ignore ce que ce malade est devenu depuis.

Observation V. — L..., âgé de 46 ans. En janvier 1903 ce malade vint me consulter se plaignant de l'enrouement et de douleurs au niveau du larynx. Malade depuis 3 mois. Dans les crachats, présence de bacilles de Koch. Érosion sur l'épiglotte enflammée. Infiltrations ulcérées sur la paroi postérieure. Les cordes vocales sont enflammées et présentent des érosions. A l'aspect général, le malade est amaigri. Pendant 3 semaines j'ai fait le traitement habituel sans aucun succès, et même le malade alla plus mal. La voix est réduite à un chuchotement. Dysphagie. Faiblesse générale. Alors curettage. Sept semaines plus tard, la dyspnée disparut, la déglutition devint facile, la voix devint sonore, forte, quoique pas encore tout à fait claire. Il y a peu de temps, ce malade est mort de congestion pulmonaire. Il n'y eut pas de récidive dans le larynx pendant plus de 4 ans.

Observation VI. — N..., âgé de 27 ans, malade depuis 3 ans. Depuis 1902, la voix est rauque. Depuis 1902, dysphagie. Mermod

en 1902, a fait un curettage du larynx et des galvano-cautérisations. Le malade alla mieux. Le malade revint à Charkoff et prit froid en octobre 1903. La voix s'altéra et le malade eut des douleurs dans le larynx. En même temps apparurent des symptômes hectiques. En novembre il y eut une amélioration. Le malade vint me consulter à cette époque. Présence de bacilles de Koch dans les crachats. Les lésions des poumons et du larynx sont très avancées ; au niveau des cordes vocales vraies et fausses à droite il existe des tuméfactions ulcérées. La glotte est rétrécie. Infiltration large et ulcérée de la paroi postérieure. Dans les poumons on constate de l'infiltration tuberculeuse et des adhérences pleurales. Pendant 5 semaines j'ai fait sans résultat le traitement par le menthol, l'acide phénol-sulfo-ricinique et l'acide lactique. La dysphagie devint très pénible. Le malade lui-même demandait l'opération. En décembre et en janvier, curettage. Il y eut une amélioration subjective et objective, mais cependant les ulcérations se cicatrisaient mal et de nouvelles végétations apparurent. Le malade partit pour la Suisse où il est mort 4 mois plus tard. Dans ce cas on ne pouvait assurément espérer que l'opération donnerait plus qu'une amélioration temporaire[1].

Observation VII. — L..., âgée de 29 ans, malade depuis 2 ans. Présence de bacilles de Koch dans les crachats. Infiltration de l'espace inter-aryténoïdien avec ulcération sur la surface antérieure de la paroi postérieure. Le bord libre des cordes vocales est irrégulier. L'épiglotte est tuméfiée et présente des ulcérations sur ses bords. Le traitement conservateur ne donna pas de résultats satisfaisants. En 1905, curettage et galvano-cautérisations plusieurs fois répétés. Puis cautérisations par le mélange de formaline, acide lactique et acide phénique. Amélioration subjective et objective. La malade a été perdue de vue.

Observation VIII. — N..., âgé de 42 ans. Dysphagie pénible depuis 5 mois. Bon état général. Lésion peu étendue au sommet du poumon gauche. L'épiglotte est très épaissie, sa moitié gauche est infiltrée et ulcérée. Aucune autre lésion apparente.

Ablation de la partie infiltrée de l'épiglotte. Galvano-cautérisation (5 séances). Résultat admirable. La déglutition est tout à fait libre. La cicatrisation s'est faite parfaitement bien (1905). Le sujet est encore bien portant à présent. L'examen de la portion de l'épiglotte enlevée confirma le diagnostic de tuberculose.

Observation IX. — M..., âgée de 33 ans. Bon état général. Toux depuis 2 ans. La voix est altérée depuis 8 mois. Pendant 4 mois il y eut une aphonie complète. La déglutition n'est pas entravée. Dans l'espace interaryténoïdien se trouve une végétation tuberculeuse typique. Le traitement habituel ne donna aucun résultat. Curettage en 2 fois. La voix se rétablit presque complètement et la malade a été présentée aux collègues.

1. J'ai déjà étudié en détail ces 6 premières observations dans mon article « Contribution à l'étude du traitement opératoire de la tuberculose laryngée » (*Archives internationales de laryngologie*, 1906).

Observation X. — K..., âgé de 24 ans. La voix est enrouée depuis 2 ans. La toux n'est pas très fréquente. Dans les poumons il y a des lésions des sommets, mais pas très avancées. Infiltration de la corde vocale gauche dans sa partie postérieure. Dans les crachats il y a des bacilles de Koch. En juin 1906 quatre séances de galvano-cautérisation. La voix est redevenue claire et est restée telle jusqu'à présent. Il ne subsiste aucune lésion appréciable dans le larynx.

Observation XI. — K..., âgé de 35 ans. La voix est enrouée depuis 6 mois. A l'aspect général, le sujet paraît être bien portant. Dans l'espace interaryténoïdien se trouve une tuméfaction opaque de forme conique, recouvrant la partie postérieure des cordes vocales. Il existe une légère dyspnée. Une notable partie de la tuméfaction est enlevée au moyen de la curette double. L'examen microscopique montra qu'il s'agissait d'une formation tuberculeuse (on avait pensé auparavant qu'il s'agissait d'une tumeur fibreuse). Le reste de la tuméfaction est détruit au moyen de la galvano-cautérisation en 3 séances (en 1906 et en 1907). La voix est notablement améliorée. Sept mois après il y eut récidive. Un nouveau curettage est pratiqué. Le malade reste encore en observation.

Les observations suivantes se rapportent à la question de la tuberculose pendant la grossesse[1].

Observation XII. — Anna P..., âgée de 28 ans. Au deuxième mois de la grossesse apparut de l'enrouement et de la dysphagie. Présence de bacilles de Koch dans les crachats. Infiltration de la paroi postérieure avec une petite ulcération.

On pratique l'avortement (par le Dr Fintiktikoff) en novembre 1906. Notable amélioration.

Observation XIII. — Olga Ch..., âgée de 25 ans. La voix est rauque depuis 2 ans. Depuis le début de la grossesse la voix est encore plus altérée et il y a de la dysphagie. Notables lésions dans le larynx. Présence de bacilles de Koch dans les crachats. Avortement au troisième mois. Amélioration dans l'état de la malade après le curettage. La malade n'a pu être suivie plus longtemps.

Observation XIV. — Olga P.., âgée de 20 ans. Primipare. Grossesse de 2 mois. Tuberculose laryngée. Accouchement prématuré à 8 mois. Mort 2 mois plus tard par suite de l'affection laryngée.

1. Nous étudierons d'une façon plus détaillée les observations qui suivent dans un prochain travail.

XIII

LES LÉSIONS
DU
LABYRINTHE NON ACOUSTIQUE

Démontrées par des recherches expérimentales et cliniques [1]

(Suite.)

Par le Professeur **A. TORRETTA** (de Gênes).
Docteur ès sciences et docent de Clinique oto-rhino-laryngologique
à l'Université Royale de Rome.

Voies tympanico-labyrinthiques de l'infection purulente spécialement en rapport avec le labyrinthe non acoustique.

Les voies à travers lesquelles le pus originaire de la caisse du tympan et des cavités annexes poursuit sa route vers le labyrinthe sont multiples ; et la communication visible n'indique pas toujours le chemin suivi par le pus pour entrer dans le labyrinthe, de même que bien souvent il est impossible de reconnaître le mode de pénétration.

La propagation a lieu principalement par les voies suivantes :

a) *Les deux fenêtres ovale et ronde* ;

b) *La saillie du canal semi-circulaire horizontal* (fistules) ;

c) *Les fistules du promontoire* ;

d) *Le canal trans-labyrinthique* ;

e) *Les cellules pneumatiques paralabyrinthiques*, en communication avec l'antre et la caisse ;

f) *Les vaisseaux sanguins* de l'oreille moyenne qui, d'après certains auteurs, seraient anastomosés aux vaisseaux labyrinthiques ;

g) *Le canal de Fallope* ;

h) *Les déhiscences physiologiques de la capsule labyrinthique.*

a) *Les deux fenêtres.* — C'est surtout à travers la fenêtre ovale que se propage l'infection, même si la platine de l'étrier est à sa place, on peut observer le passage dans le ligament annulaire perforé (ce fait se vérifie le plus souvent dans les otites aiguës).

Dans les otites moyennes suppurées chroniques, fréquemment les granulations et les masses cholestéatomateuses de la caisse du tympan ébranlent les déhiscences et les saillies de la paroi labyrinthique et on reconnaît difficilement la fenêtre ovale. Quelquefois

les branches de l'étrier s'usent et se rompent : la platine résiste davantage. Par la situation de la fenêtre ovale, il semble qu'il soit aisé d'y pénétrer et de la blesser avec la curette au cours du *raclage* de la caisse (ce fut une des principales objections soulevées contre l'opération radicale); mais en réalité, cette complication est plutôt rare, vu que la platine de l'étrier est bien protégée par sa situation au fond de la fenêtre ovale et la curette en brise plus facilement les branches qu'elle ne luxe la platine elle-même.

En ce cas, le vestibule est encore bien défendu.

Par sa situation, la fenêtre ronde est encore mieux protégée que la fenêtre ovale.

J'ai effectué, sur onze cadavres, l'expérience suivante : après avoir pratiqué l'opération de Stacke, j'introduisis, selon les règles, une curette et grattai au niveau de la paroi labyrinthique, à la hauteur des deux fenêtres, ainsi que l'on a coutume de le faire pour l'opération radicale; or, le plus souvent, le passage de la curette ne provoquait aucune lésion (luxations ou sous-luxations de la platine). Sur deux autres cadavres, je me servis de curettes très fines, mais je ne déterminai qu'une lésion du ligament annulaire, la pointe acérée de l'instrument s'étant engagée dans la niche de la fenêtre ovale. D'où le précepte justifié, de n'employer pour le raclage de la muqueuse tympanique que des curettes modérément fines, afin de ne pas provoquer l'accident que je viens de rapporter.

Il m'est arrivé parfois de heurter la facette articulaire saillante de l'étrier, mais en général, les branches cèdent avant que la platine ne soit luxée.

Lorsque la fenêtre ovale est perforée, l'ouverture peut servir à propager l'infection à l'espace périlymphatique correspondant (au confluent périlymphatique) et à provoquer la périlabyrinthite. Alors si les agents infectieux ne sont pas très virulents, le processus demeure localisé ou tout au plus s'étend aux espaces péri-lymphatiques les plus voisins (circonvolution basale du limaçon) ; dans d'autres cas, on observe la nécrose aiguë des tissus composant les parois du saccule et de l'utricule et la périlabyrinthite se transforme en endolabyrinthite; cette dernière peut demeurer localisée ou envahir le labyrinthe tout entier.

Beaucoup d'auteurs ont cité des exemples d'avulsion accidentelle de l'étrier au cours des opérations radicales qui n'eurent pas de suites fâcheuses; mais on connaît de nombreux cas où l'on observa consécutivement des phénomènes labyrinthiques ou de véritables labyrinthites, et dans lesquels la persistance du ver-

tige, du nystagmus, des troubles de l'équilibre statique et dynamique dénotaient de graves lésions du labyrinthe non acoustique (Trautmann, Politzer, Lucae, Panse, Haike, etc.).

Lannois [1] a relaté deux cas d'élimination spontanée *totale* de l'étrier à la suite de lavages de l'oreille, sans phénomènes de réaction labyrinthique ; l'auteur constate la rareté de l'élimination spontanée en totalité ; on observe plutôt l'élimination de fragments mêlés à des granulations et à des masses cholestéatomateuses. Lannois envisage aussi les conditions favorables à l'élimination (carie de la platine, destruction du ligament annulaire). On a aussi rapporté des cas de labyrinthite mortelle qui se produisirent à la suite de stapédectomies entreprises dans un but acoustique ou après l'enlèvement de granulations environnant les branches de l'étrier [2].

Généralement on a remarqué que lorsque la chute de l'étrier se produit spontanément, les troubles labyrinthiques ne se manifestent pas : alors le périoste, qui, en guise de pont, recouvre la fenêtre ovale du côté du vestibule, suffit souvent à empêcher la pénétration de l'infection. Ceci explique la rareté des labyrinthites dans les observations de Lannois, et des labyrinthites en général, eu égard au nombre considérable d'otitiques.

Ces faits concordent avec mes observations faites sur des préparations de la fenêtre ovale provenant de cadavres autopsiés, porteurs d'otites moyennes suppurées anciennes, chez lesquels l'étrier subsistait ou manquait selon les cas. J'ai observé trois faits de ce genre de 1900 à 1903, à l'Institut anatomo-pathologique de Gênes.

Quant à la fenêtre ronde, sa situation profonde l'expose moins aux traumatismes opératoires ; mais assez souvent on la trouve perforée, conjointement à la fenêtre ovale, dans les cas de suppurations aiguës et chroniques de la caisse. Pour la fréquence avec laquelle les fenêtres servent à véhiculer le pus du tympan au labyrinthe, nous consulterons les résultats statistiques rapportés à la fin de ce chapitre.

b) *Saillie du canal semi-circulaire horizontal.* — On connaît les relations de ce canal avec la paroi interne de l'attique. Sa situation anatomique explique le mécanisme de ses lésions les plus fréquentes, qui sont dues presque uniquement à deux causes : les traumatismes opératoires et les érosions pathologiques provoquées par l'ostéite et la carie de la paroi interne de

1. Soc. française d'otologie, mai 1906.
2. Voir Gradenigo, *loc. cit.*, pages 85 et 128.

l'attique dans les otites moyennes suppurées chroniques accompagnant le plus souvent le cholestéatome.

Causes traumatiques. — Au point de vue des lésions opératoires, tout le monde sait avec quelle facilité on lèse la portion la plus saillante du canal semi-circulaire horizontal au cours de l'opération radicale, ou plutôt qu'on la lésait autrefois, à l'époque où les spécialistes étaient novices dans la pratique délicate de l'évidement pétro-mastoïdien; la lésion était provoquée par les coups de gouge nécessaires à l'agrandissement de l'*aditus*, de même que la curette déterminait des lésions au niveau de la fenêtre ovale. A l'exemple de confrères distingués, il m'est arrivé d'opérer des malades qui présentèrent des réactions labyrinthiques post-opératoires (vertiges, nystagmus horizontal) imputables à ces lésions.

Érosions pathologiques. — La rétention du pus et l'apparition de granulations sont des conditions favorables à leur éclosion (on rencontre aussi fréquemment des granulations au cours des otites moyennes suppurées chroniques correspondant à l'*aditus*), de même que l'ostéite raréfiante consécutive au cholestéatome, qui siège de préférence dans l'épitympan et dans l'*aditus*.

En examinant la collection de temporaux pathologiques de la Clinique de Rome, j'ai remarqué que dans presque tous les cas de cholestéatome de la caisse, on avait lésé les deux tegmen et la paroi interne de l'attique; sur deux pièces, on voyait un petit sinus fistuleux correspondant à la *saillie du canal semi-circulaire horizontal.*

On peut constater aussi des érosions pathologiques lors de l'opération radicale en examinant attentivement le champ opératoire à l'aide d'une bonne source lumineuse (photophore électrique de Clar) et en anémiant le fond de la plaie avec une solution d'adrénaline. Si l'on constate l'ouverture du canal semi-circulaire horizontal osseux, il faut voir si le canal membraneux est ouvert et s'il suppure.

A ce propos, Von Stein édicte des règles précises que j'avais déjà mises en pratique chez un de mes opérés avant de connaître le travail de l'auteur russe. Voici ces préceptes :

1° Ne jamais sonder un canal semi-circulaire osseux ouvert avant de s'assurer que le canal membraneux est également ouvert et suppurant.

2° Pour s'assurer de cet état :

a) Il faut constater les pulsations du liquide employé pour déterger le sinus fistuleux osseux; en ce cas, le canal membraneux est ouvert.

b) En pressant légèrement sur l'étrier avec un tampon d'ouate, on voit sourdre du liquide (pus) des extrémités du conduit membraneux.

c) En asséchant délicatement la fistule, on voit que le fond se recouvre de nouveau de pus.

d) Il faut que les deux orifices du conduit membraneux soient lésés dans leur continuité.

Ceux qui ont l'habitude des recherches et des observations s'apercevront aisément que certains des signes précités seront positifs, même si le conduit membraneux est indemne, et si seul l'espace périlymphatique est le siège d'une suppuration (périlabyrinthite). Dans un cas, Von Stein aperçut dans l'orifice du conduit osseux rempli de pus le conduit membraneux indemne [1].

Dans de rares occasions, on a vu la lymphe s'écouler d'une fistule du canal semi-circulaire externe [2] et d'autres fois, du pus à pulsations rythmiques s'échapper de la même source [3].

L'ouverture du canal semi-circulaire horizontal varie de forme et de dimension; parfois elle a l'aspect d'un point; sur 137 cas, Jansen [4] a rencontré 124 érosions au niveau de la saillie du canal semi-circulaire horizontal, 7 érosions du canal vertical supérieur et 6 du canal postérieur.

Parfois la *saillie*, au lieu de se présenter béante, est aplatie, comprimée, et si l'on réussit à nettoyer convenablement sa surface, on voit apparaître une ligne plus foncée que le reste de l'os, que Jansen attribue à la transparence du conduit membraneux obstrué par le pus ou les granulations (infecté par la voie de la fenêtre ovale ou une autre voie), ou, à mon avis, partagé du reste par Gradenigo et par Jansen lui-même, l'ombre proviendrait de la transparence du conduit membraneux indemne à travers la paroi osseuse amincie.

Jansen, s'appuyant sur des constatations opératoires, admet la fréquence de la fistule du canal semi-circulaire horizontal; Brieger qui croit à la fréquence plus grande de la voie de la fenêtre, objecte que l'on constate rarement à l'autopsie le bien fondé de l'opinion de Jansen.

D'après Gradenigo, la plupart des fistules rencontrées par Jansen seraient dues à ce qu'il a pris pour des fistules du canal semi-circulaire horizontal une cellule pneumatique péri-canaliculaire ou une déhiscence du canal de Fallope [5].

1. *Ann. mal. Or. et Lar.*, janvier 1905.
2. Ephraim, *Arch. f. Ohrenh.*, 54, p. 240, 1902.
3. Tilley, Otol. Soc. of London, p. 40, 1903.
4. Jansen, *Deuts. Klinik*, 1901.
5. Gradenigo, *op. cit.*

J'incline plutôt à croire que Jansen a rangé dans la catégorie pathologique des ouvertures opératoires (d'autant plus que ses constatations remontent de 1898 à 1900), vu que lors de l'intervention, la paroi labyrinthique n'est généralement pas très endommagée et que les déhiscences du conduit osseux se reconnaissent plus aisément qu'à l'autopsie, où elles sont masquées par des lésions plus graves.

Quant au canal semi-circulaire supérieur, il doit être attaqué dans certains cas d'infections de la caisse propagées à l'intérieur par la partie supérieure, ainsi que le soutint récemment Alexander [1].

Le canal semi-circulaire postérieur représente aussi parfois la première étape labyrinthique du pus provenant de la caisse, au cas où l'infection cellulaire du plancher de la partie médiane se prolonge au point d'embrasser l'ampoule du canal semi-circulaire postérieur. (Voir au chapitre des labyrinthites, la *paralabyrinthite.*)

c) *Fistules du promontoire.* — D'après Barnick [2], c'est surtout dans la tuberculose que l'on observe la résorption de l'os au niveau du promontoire. Dans le cas cité plus haut, j'ai constaté la perforation sous le rebord de la fenêtre ovale, chez un malade porteur de lésions labyrinthiques de nature tuberculeuse probable.

d) *Canal translabyrinthique.* — (Voir voie cranio-labyrinthique.) En cas de persistance de ce canal conduisant de l'antre à la face postérieure du rocher (correspondant à la fosse subarcuée), on trouve dans ce canal une veinule tributaire du sinus pétreux supérieur ou une traînée cellulaire qui se prolonge jusqu'à la pointe du rocher et forme un tunnel minuscule passant sous le canal semi-circulaire supérieur et unissant les cellules de la pointe du rocher avec l'antre [3]. Ceci expliquerait l'abcès profond de Jansen, l'infection directe des cellules de la pointe du rocher par l'antre, la thrombo-phlébite du sinus pétreux supérieur et ensuite, par la voie rétrograde, l'infection du labyrinthe non acoustique.

Habermann [4] relate un cas d'infection de la dure-mère par la voie du dit canal et érosion consécutive du conduit semi-circulaire supérieur, terminé par une infection envahissant tout le

1. *Zeits. f. Ohrenh.* C. R. de la Soc. des Nat. allemands. Breslau, septembre 1904.
2. *Klin. Vorträge*, fasc. 4, III.
3. Lafite-Dupont, La fosse subarcuée. Détails anatomiques, *loc. cit.*
4. *Arch. f. Ohrenh.*, Bd. 42, p. 128.

labyrinthe et la caisse à travers la fenêtre ovale. Sur une pièce du musée de la Clinique de Rome, je reconnus que cette voie servit à propager l'infection de l'antre à la dure-mère, d'où probablement le processus phlogistique s'étendit au canal semi-circulaire supérieur. Au sujet de la valeur pathologique du canal translabyrinthique, on consultera les travaux de von Tröltsch [1] et de Mouret [2].

e) *Les cellules pneumatiques paralabyrinthiques.* — Nous en avons déjà parlé à la partie anatomique de ce travail; il serait superflu de nous répéter. La capsule osseuse, dite capsule périotique ou labyrinthique, constitue le labyrinthe osseux, c'est-à-dire la chemise osseuse compacte qui renferme le liquide périlymphatique et le labyrinthe membraneux. Or, cette capsule est entourée presque de tous les côtés par une atmosphère de cavités osseuses pneumatiques (variant suivant l'âge, les conditions individuelles et les affections préexistantes) qui communiquent indirectement avec l'antre et les cellules mastoïdiennes. On comprend aisément que, partant de ces dernières, l'otite moyenne suppurée s'étende au labyrinthe osseux, entraîne sa nécrose et envahisse l'espace périlymphatique et le labyrinthe membraneux. Ces faits se sont produits, ainsi que le prouvent les pièces anatomiques susmentionnées du musée de la Clinique de Rome. On pourra s'assurer en examinant les temporaux, sur lesquels je détruisis patiemment à l'aide de limes et de gouges cette atmosphère cellulaire [3], que les canaux semi-circulaires peuvent être sérieusement compromis. Moins connu et seulement depuis ces dernières années est l'important système de cellules pneumatiques qui tapissent le plancher de la caisse vers la trompe (cellules péritubaires) en dehors de la base du limaçon; elles entourent également l'ampoule du conduit semi-circulaire postérieur. D'importantes observations dans lesquelles l'origine des phénomènes était obscure ont pu être interprétées grâce à la présence de ces lésions.

f) *Les communications des vaisseaux de l'oreille moyenne avec ceux du labyrinthe.* — C'est une ancienne question toujours controversée. On connaît les conclusions du travail de Politzer [4]

1. *Ges. Beiträge zur Path. Anat. des Ohres* (Leipzig, 1883).
2. C. R. du Congrès intern. d'otol. Bordeaux, 1904.
3. Ces pièces figurent maintenant au musée de la Clinique de Rome.
4. *Ueber Anastomosen zwischen den Gefässbezirken des Mittelohrs u. des Labyrinths.*

qui admet l'existence d'une voie hématique pour la transmission de l'infection de la caisse au labyrinthe. Cette manière de voir a été battue en brèche par d'autres auteurs, parmi lesquels Braunstein et Buhe [1]. Toutefois, plus récemment, Shambaugh [2] a confirmé les dires de Politzer. Brieger [3], sans se prononcer nettement au sujet de ces relations vasculaires, tend à leur accorder une médiocre valeur au point de vue pathologique et cette opinion me paraît encore plus discutable d'après la clinique.

J'ai tenté de solutionner ce problème en injectant de la gélatine colorée au bleu de Prusse et au carmin dans l'artère qui distribue le sang à la majeure partie de la caisse tympanique (artère stylo-mastoïdienne) et j'ai regardé si l'injection avait gagné le labyrinthe : inversement, j'injectai à travers l'artère basilaire de la gélatine colorée et j'examinai la muqueuse de la caisse, particulièrement celle qui revêt la paroi labyrinthique.

Après beaucoup de tentatives, je réussis à deux reprises à injecter dans leur totalité les artères de l'oreille moyenne et celles du labyrinthe de deux chats nouveau-nés au laboratoire de la Clinique de Rome. Jamais je ne pus faire pénétrer l'injection des vaisseaux tympaniques dans l'oreille interne, ni *vice versa* de l'artère basilaire dans les vaisseaux du tympan, quoique le prof. Ferreri ait pu constater que l'injection avait été aussi complète que possible.

Ces recherches demandent à être poursuivies, mais ne pouvant allonger outre mesure ce mémoire, je continuerai ultérieurement ce travail.

En tout cas, je crois que les artères de la paroi osseuse du labyrinthe (vaisseaux de Havers), originaires du périoste sous-jacent à la muqueuse de la caisse, entretiennent sûrement des anastomoses avec le périoste qui tapisse le vestibule osseux, qui, par la véhiculation des germes infectieux de la caisse, peut s'infecter même à travers l'os intact, ainsi que l'admet Politzer et que Luc l'a démontré pour expliquer la genèse de complications intracraniennes (oreille moyenne, sinus frontal, etc.).

g) *Canal de Fallope.* — Il est assez fréquent, au cours des otites moyennes suppurées spécifiques chroniques, que l'on trouve ce canal béant sur un ou plusieurs points. Rarement cette

1. *Arch. f. Ohrenh.*, LIV, p. 261, 1902.
2. *Zeits. f. Ohrenh.*, Bd L, p. 327.
3. C. R. Congrès int. otol. Bordeaux, p. 275.

lésion entraîne l'infection labyrinthique (par la voie rétrograde du conduit auditif interne), mais par la situation anatomique de ce canal, la paralysie du facial constitue plutôt un signe prémonitoire de l'infection labyrinthique, ce qui indiquerait que les lésions tendent à dépasser les limites de l'oreille moyenne.

On remarquera qu'en dépit des déhiscences pathologiques du canal de Fallope, le nerf facial protégé par son névrilème peut longtemps résister à l'infection : ainsi, dans plusieurs cas où j'examinai le nerf facial par les procédés de Marchi et de Nissl, au laboratoire anatomo-pathologique de Gênes, de 1900 à 1903, sur des cadavres porteurs d'otites moyennes graves, je ne rencontrai presque jamais d'altérations appréciables. Dans un seul cas, concernant un tuberculeux décédé à l'hôpital Pammatone, de Gênes, et chez lequel le facial fonctionnait pendant la vie [1], je découvris à l'examen de la VIII[e] paire, le névrilème épaissi sur un point par de petites cellules rondes que je n'avais rencontrées sur aucun autre point du névrilème. En se servant d'une loupe d'horloger, on voyait une zone du diamètre d'un point occupée par des granulations; après raclage, on découvrait le tissu propre du nerf mis à nu. Cet examen me suggéra deux réflexions : si la malade avait vécu un peu plus longtemps, le processus infectieux aurait spontanément dépassé les limites de la tunique périnerveuse et envahi le nerf; d'autre part, il est vraisemblable que si pour détacher ces granulations on s'était servi du bord d'une curette tranchante, on aurait facilement lacéré le névrilème et provoqué la lésion du tronc nerveux.

h) *Déhiscences congénitales de la paroi labyrinthique.* — On les observe rarement au niveau de l'aqueduc de Falloppe et de la *saillie du canal semi-circulaire horizontal*; plutôt que de véritables déhiscences du canal osseux, ce sont réellement des cellules pneumatiques de la paroi osseuse du conduit ouvert dans la direction de l'*aditus*; mais de délicates recherches anatomo-pathologiques permettent de conclure à la rareté relative de ces déhiscences qui n'ont pas la valeur qu'on leur prêtait autrefois. Je n'ai relevé aucune altération de ce genre sur plusieurs centaines de caisses tympaniques normales et pathologiques que j'ai examinées au cours de ces dix dernières années.

L'infection labyrinthique est plutôt attribuable à l'endocrâne qu'à l'oreille moyenne. Il est important de connaître les voies

1. Voir le registre des autopsies de l'Institut anatomo-pathologique de Gênes, année 1901.

d'infection crânio-labyrinthique, attendu que ce sont celles que suivent ordinairement en sens inverse les infections du labyrinthe qui se dénouent par des complications endocraniennes, le plus souvent mortelles.

Voie cranio-labyrinthique de l'infection. — Bien que le labyrinthe soit séparé de la cavité cranienne par un os plus épais que celui qui touche à la caisse du tympan, l'infection peut se produire soit par la voie du sac endolymphatique et du conduit auditif interne ; soit par la propagation des foyers de nécrose et d'ostéite entaillant la capsule labyrinthique, le plus souvent à la hauteur de la *saillie du canal semicirculaire supérieur* (à la suite d'un abcès extradural, fosse subarcuée), la littérature renferme des cas de ce genre ; plus rarement l'infection se propage par la déhiscence du canal semi-circulaire supérieur, ainsi qu'il advint dans les cas de *Dunn*.

Comme nous l'avons dit plus haut, d'ordinaire le pus suit un chemin inverse aboutissant à l'aqueduc cochléaire ; nous avons exposé, au chapitre anatomique, les rapports que ces voies établissent avec les espaces sous-duraux et sous-arachnoïdiens : dans les labyrinthites mortelles ce sont ces voies qui transmettent à l'endocrâne les germes infectieux. C'est pourquoi le sac endolymphatique, la *saillie du canal semicirculaire supérieur*, la fosse surbacuée, le conduit auditif interne, se trouvent sur la face postérieure du rocher, correspondant à la fosse cranienne postérieure ; les complications intracraniennes des labyrinthites suppurées sont uniquement représentées par des méningites et des abcès cérébelleux. Lermoyez déclare que jusqu'ici elles n'ont pas engendré d'abcès cérébraux. Quant à la fréquence de l'une ou l'autre de ces voies, Boesch[1] dit que l'on trouve, dans un tiers des cas, l'aqueduc vestibulaire pris ; immédiatement après vient le conduit auditif (50 %) qui surpasse de beaucoup les canaux comme importance. D'après l'auteur, l'aqueduc cochléaire serait une voie moins fréquente, bien qu'elle semble la plus importante anatomiquement.

L'infection du sac endo-lymphatique baptisée *empyème du sac* par les allemands et *abcès interdural*, par Jobson Horne, parce qu'elle est cantonnée entre les deux feuillets de la dure-mère, constitue l'étape intermédiaire du pus, qui du labyrinthe s'épanche dans l'endo-crâne ; l'auteur lui attribue aussi presque toujours une origine labyrinthique.

1. *Zeits. f. Ohrenh.*, Bd. I, parag. 4.

Plus récemment, Wagner et Katz ont émis des opinions toutes différentes à la Société Berlinoise d'otologie[1].

Wagner dit avoir observé un cas diagnostiqué macroscopiquement à l'amphithéâtre, empyème du sac endo-lymphatique; au microscope on reconnut un abcès extra-dural. Le sac était indemne. Il ajoute que sur les trente cas d'empyème du sac rapportés dans la littérature, un seul dû à Politzer échappe à la critique ; on trouve du pus dans l'aqueduc et dans le sac. Toutes les observations doivent être contrôlées au microscope.

Katz prit la parole pour déclarer qu'il avait toujours jugé invraisemblable que le pus cheminât par un canal étroit comme l'aqueduc dans lequel on peut confondre le pus avec l'épithélium regonflé.

Seules des recherches spéciales pourront éclairer la question. Je crois que la fréquence attribuée à l'empyème du sac est supérieure à la réalité, et repose plutôt sur des considérations anatomiques théoriques que sur des faits pathologiques. Toutefois dans la collection de temporaux pathologiques que j'étudiai à la Clinique de Rome, j'ai rencontré une carie du temporal correspondant au sac endo-lymphatique ; ce fut probablement l'origine de la complication méningitique qui emporta le malade.

Après avoir examiné séparément les diverses voies de transmission de l'infection purulente au labyrinthe, nous voyons la fréquence avec laquelle l'infection suit l'une ou l'autre des voies parcourues et dans quelles conditions les bactéries pyogènes ayant élu domicile dans le labyrinthe provoquent des phénomènes circonscrits au labyrinthe non acoustique et quelles sont les altérations anatomiques et histologiques les plus répandues au cours des suppurations du labyrinthe non acoustique.

Nous traiterons dans les chapitres suivants, le diagnostic, l'évolution et les symptômes des lésions labyrinthiques.

1. Séance du 8 mai, in *Monats. f. Ohrenh.*, n° 9, 1906.

(*A suivre.*)

XIV

L'EMPLOI DE LA BOUGIE
POUR
LA TROMPE D'EUSTACHE

Par **Richard LAKE** (de Londres).
Membre de la Société royale anglaise de Chirurgie.
[Traduction par M. Menier, de Figeac.]

La bougie pour la trompe a eu ce qu'on peut appeler une carrière accidentée. Souvent on l'a portée jusqu'aux nues, fréquemment on l'a vouée à la perdition. Pourquoi en a-t-il été ainsi ? C'est sans doute parce que, jusqu'à ces derniers temps, personne n'avait consacré suffisamment de réflexion à la construction de la bougie elle-même.

Les anciennes bougies étaient en celluloïd et avaient trois grands défauts : d'abord elles étaient trop fines ; en second lieu, elles étaient si rigides qu'il était facile de perforer les tissus, et même, nous pouvons dire qu'il était difficile d'éviter de les perforer, et en troisième lieu, comme le celluloïd n'a pas beaucoup de résistance naturelle, il n'était pas rare de voir une bougie se briser et demeurer dans la trompe.

Nous n'avons pas à nous occuper pour l'instant des dimensions de la bougie, mais il faut que nous nous arrêtions sur les accidents qui arrivent quand on l'emploie.

D'abord, la perforation des tissus. Elle était si fréquente que, bien que je me serve souvent de bougies, j'avais pris pour règle invariable de ne jamais insuffler d'air dans l'oreille moyenne après avoir employé la bougie, à moins que, une fois sortie de la trompe, elle ne laissât pas de tache sur un mouchoir de batiste, ce qui démontrait l'absence de toute trace de sang. Car, si on essayait d'insuffler de l'air dans l'oreille moyenne après perforation de la muqueuse de la trompe, l'emphysème le plus désagréable en était la conséquence. Si mes lecteurs veulent faire remonter leur souvenir jusqu'aux débuts de l'emploi de la sonde pour la trompe, ils se rappelleront qu'on mentionne qu'après la mort d'un malade due à l'usage maladroit de la sonde et à la production d'un emphysème fatal, la sonde fut bannie pendant longtemps comme un instrument dangereux ; c'est aussi, ce qu'était, même entre des mains habiles, une bougie rigide destinée à la trompe.

C'était seulement le manque de soins ou la précipitation qui était cause de la rupture d'une bougie dans la trompe, mais je me rends bien compte que cela arrivait, car c'était fatal quand on employait une bougie dont la pointe était presque séparée du corps. Nous pouvons même nous permettre de considérer que probablement la faible dépense du remplacement de ces bougies était un élément dans la production de cet accident.

Revenons aux dimensions et à la composition des bougies. Elles sont maintenant en toile et recouvertes de gomme élastique ayant la même composition, la même facture que les bougies uréthrales. On les fait maintenant beaucoup plus grosses et leur longueur est marquée en centimètres sur la tige. Elles sont donc moins susceptibles de léser la muqueuse et, avec le maximum de soins, il est impossible qu'elles se brisent, surtout quand on s'en sert.

Considérons maintenant les cas où nous devons employer les bougies. Ils sont naturellement tous groupés sous une rubrique, celle de l'obstruction de la trompe et celle-ci est toujours chronique. Nous avons donc deux indications principales à considérer : l'amélioration de l'audition et le soulagement des bruits.

Comme l'usage de la bougie n'a pas été jusqu'ici, que je sache, proposé comme un moyen possible pour soulager certains cas de bourdonnements, je vais m'occuper tout d'abord de cette question. Je fus amené à m'en servir par la remarque accidentelle faite par un malade : il me dit qu'un jour, fatigué, ayant été à la messe de bon matin, et étant demeuré sans nourriture pendant quinze heures environ, il se jeta sur une chaise et eut un bâillement prodigieux qui sembla ouvrir sa trompe ; un bourdonnement très ennuyeux dont il souffrait et pour lequel je le traitais, disparut pour un long laps de temps. J'introduisis immédiatement une sonde pour la trompe, de large calibre, dans laquelle je fis passer une grosse bougie qui alla dans la trompe aussi loin qu'elle put pénétrer ; le résultat immédiat fut une suppression temporaire du bourdonnement. Bien que je ne puisse pas dire pour l'instant que le bourdonnement fut guéri, ce cas jette cependant de la lumière sur un moyen possible de soulager certains cas rebelles et mérite, je pense, d'être pris en considération par mes collègues.

Quant au soulagement de la surdité ou à l'amélioration de l'audition par l'emploi de la bougie, je ne doute pas un seul instant qu'une bougie, convenablement employée, ne soit un précieux agent thérapeutique et ne doive être mise en usage avec une fréquence beaucoup plus grande qu'on ne le fait habituellement aujourd'hui.

Quand la sonde permet, par l'insufflation, d'amener un certain soulagement, peu durable, et quand le marteau est mobile, la bougie, si on l'emploie régulièrement, produira souvent des résultats très satisfaisants. Et, dans la catégorie opposée, quand le marteau est immobile et qu'il semble très difficile, par l'emploi de la sonde seule de procurer quelque soulagement, nous devons essayer pour voir ce que produit la dilatation de la trompe, car, ici nous avons à nous garder d'un danger aussi bien qu'à obtenir un bénéfice. Le danger auquel je fais allusion est la tendance pour le segment postérieur du tympan d'être agrandi, dilaté par l'insufflation quand le malade a l'habitude de se moucher avec force. Car, et c'est le résultat de mes observations personnelles, je suis absolument convaincu que la dilatation de la moitié postérieure du tympan a lieu surtout lorsque le marteau est immobile. Par conséquent, comme il est très possible d'avoir une audition relativement bonne avec un marteau ankylosé, nous devrions essayer d'arriver à ce bon résultat en employant la bougie avant d'avoir recours à des mesures plus ou moins opératoires ayant pour but de mobiliser cet osselet. En même temps, le moyen de sauver notre malade des dangers dont je parle, c'est de défendre entièrement l'acte de se moucher, sauf quand il est absolument nécessaire et que le sujet sent le besoin de débarrasser ses fosses nasales.

II. — SÉMÉIOLOGIE

L'ACOUMÉTRIE PRATIQUE

Par **Pierre BONNIER** (de Paris).

Dans sa revue générale des travaux sur les épreuves de l'ouïe, publiée par *l'Internat. Zentralblatt für Ohrenh.*, le Dr Jörgen Möller ne remonte pas au delà de l'année 1902. C'est en 1898 que la *Société française d'Otologie* me chargea d'un rapport *sur les épreuves de l'ouïe*, que je lui soumis en mai 1899. Je fis, dans ce rapport, certaines critiques des épreuves classiques de Weber, de Rinne et de Schwabach, et je proposai l'adoption d'un diapason étalon de 100 vibr. doubles.

A Londres, en 1899, à Paris, en 1900, à Bordeaux, en 1904, ce diapason étalon international et une *pointure acoumétrique* simple et rapide furent proposés par moi dans nos Congrès internationaux d'otologie. M. Jörgen Möller ne rappelle que cette dernière date de 1904, et me place, dans son relevé bibliographique, après soixante-trois auteurs que j'ai en réalité précédés de quatre, cinq et six ans. Je reprendrai brièvement la question, dont j'ai été l'un des promoteurs.

Je faisais remarquer que, quand on place le pied du diapason, comme dans les épreuves de Weber, de Rinne et de Schwabach, sur la boîte cranienne, on met forcément en trépidation l'appareil des leviers tympaniques et l'on irrite leur musculature. L'observation journalière de malades qui entendent moins quand les conversations sont générales, dans les milieux bruyants et trépidants, et d'autres malades qui, au contraire, entendent d'autant mieux que la trépidation est plus forte et redeviennent sourds quand elle cesse, nous montre que la trépidation modifie profondément la transmission tympanique et la modifie dans un sens et dans une mesure que nous ne pouvons connaître d'avance dans un cas donné. C'est donc une oreille directement troublée *par l'épreuve elle-même*, que cette épreuve doit nous aider à connaître ! Il y a là une première incorrection au point de vue de l'expérimentation clinique.

D'autre part, ces épreuves ne nous donnent que des appréciations relatives, de $>$, de $<$, de $=$ de 0, sans aucune donnée numérique.

Dans le Rinne, l'audition aérienne, appréciée grâce au son fourni par la partie vibrante, libre, oscillante du diapason, est

comparée à l'audition solidienne, à laquelle le son est fourni par le pied du diapason, appliqué fortement sur l'os, et où la forme de vibration est toute différente de celle de la partie libre. On compare donc deux états de l'audition *en les rapportant à des unités différentes!* Cela non plus n'est pas correct; car il n'y a pas de commune mesure.

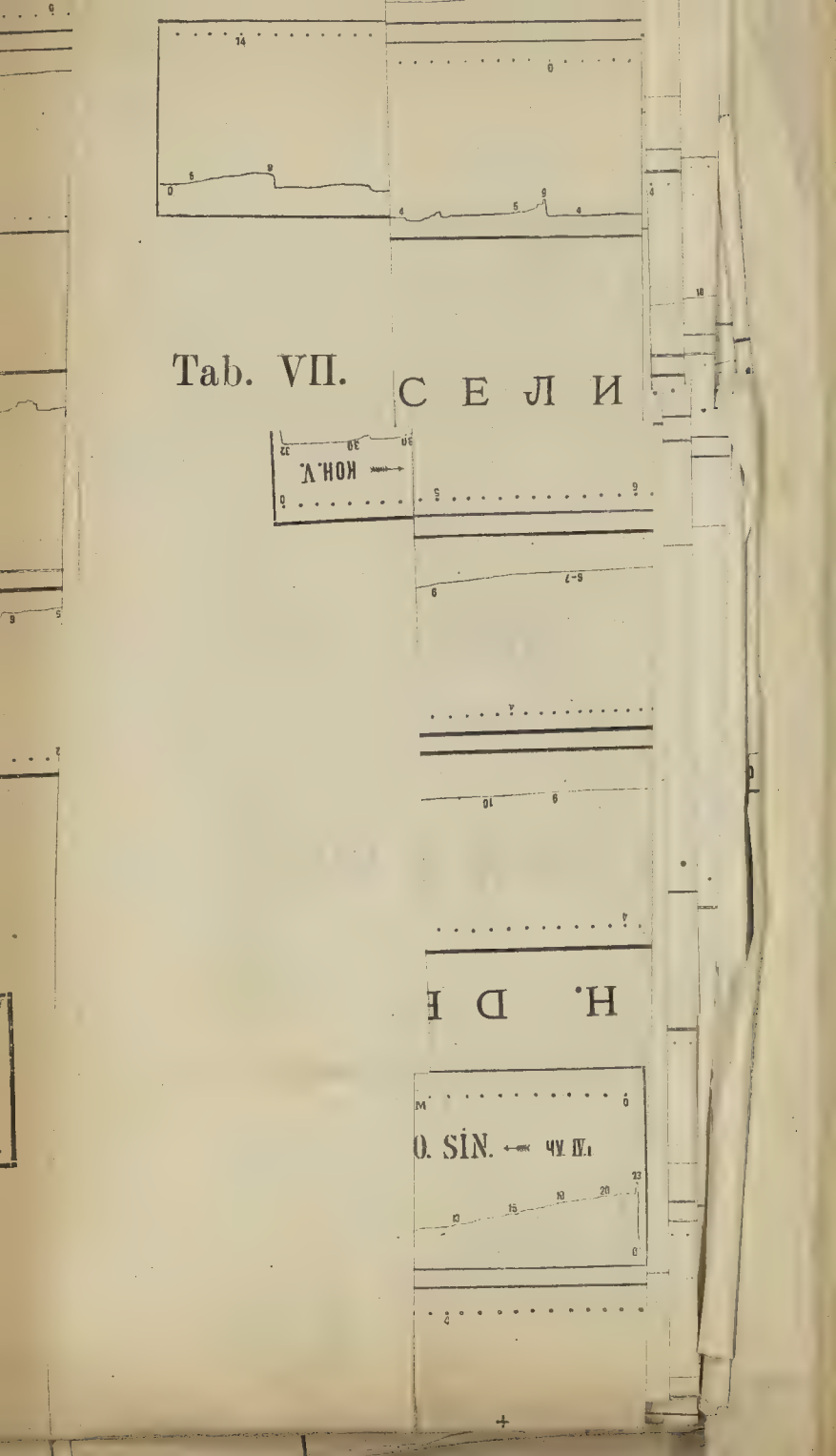
Le procédé que j'indiquais, il y a six ans, supprime la cause d'erreur fournie par la crispation fatale de l'appareil de transmission tympanique, et permet d'évaluer numériquement l'audition aérienne et l'audition solidienne en les rapportant à la même unité sonore.

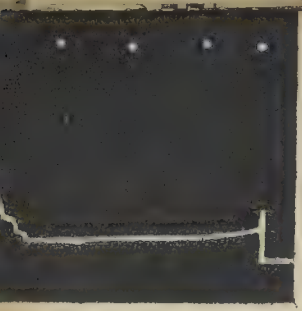
En effet, si l'on place le pied du diapason non sur le crâne, mais sur un point du squelette assez éloigné de la tête pour que la trépidation se perde en route, l'ébranlement sonore atteint seul l'oreille par la conduction du corps, et l'oreille qu'on examine ainsi n'est pas troublée, faussée par l'épreuve elle-même. M. Jörgen Möller ne peut retenir un petit point d'exclamation, entre parenthèse, en notant que je conseille l'application du diapason sur le genou (!). Le genou est la partie du malade la plus proche de nous quand il est assis; de plus, dans cette attitude, la trépidation est bientôt amortie et le son seul atteint l'oreille. Qu'il essaie de ce procédé, il lui apprendra vite bien des détails cliniques que ne peuvent fournir le Weber et le Rinne, et plus sûrs.

Si, pour l'audition aérienne, on place le pied du diapason sur le tube otoscopique, et pour l'audition solidienne, ce même pied sur le genou du sujet, c'est le pied du diapason qui, dans les deux cas, fournit la source sonore.

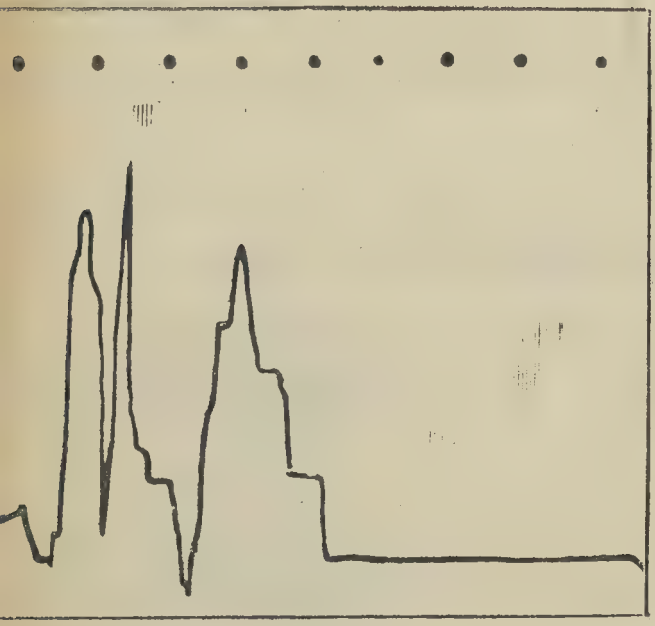
La conduction par le tube de caoutchouc, surtout quand l'embout est introduit sans pression dans le conduit auditif, est négligeable, et seule, la conduction aérienne intervient pratiquement. De plus, si le médecin s'applique à l'oreille l'autre bout de l'otoscope (terme aussi absurde que celui de stéthoscope, puisqu'il s'agit d'écouter et non de regarder), il sait immédiatement quelle quantité de son il donne à entendre au sujet, ce qui permet d'abréger l'épreuve. C'est donc la même source sonore, celle que fournit le pied du diapason, qui va atteindre l'oreille, dans le premier cas, par l'intermédiaire d'une petite masse gazeuse, qui conduit le son moins bien que les solides; dans le second cas, par l'intermédiaire d'une grande masse solide, le corps, qui conduit en revanche mieux que l'air. Il se fait ainsi une relative compensation, le son parcourant, pour atteindre l'oreille, une petite distance dans le milieu qui conduit le moins, l'air, et une plus grande distance dans celui qui conduit le plus, — le corps.

Tab. VII.



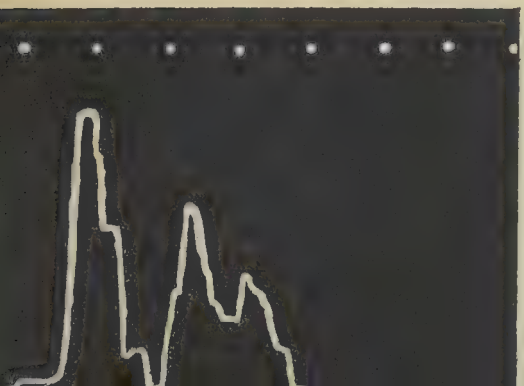


D.



M.

R A.

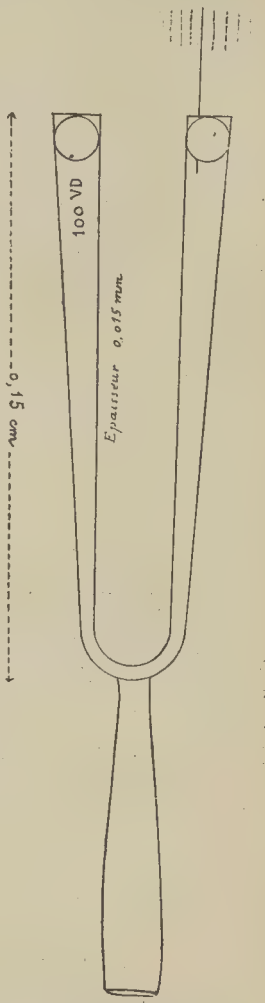


E.

Il faut naturellement demander au malade de distinguer la sensation de trépidation, perçue au genou, de la sensation sonore que peut éprouver l'oreille.

Comment évaluer?

Le diapason que j'ai proposé a des branches de 0,15 cm. de longueur, de 0,015 mm. d'épaisseur, plus large en haut qu'en bas. Il donne ainsi peu de son par l'air, ce qui évite des erreurs, et beaucoup par le pied. Les deux branches portent des boutons vissés sous lesquels on peut fixer un petit fil d'acier de polypotome. Au lieu de frapper le diapason et de compter combien de temps l'oreille en perçoit le son, sans savoir avec quelle force le diapason a été mis en branle, je me borne à le frapper plus ou moins fort, selon la surdité du sujet, de façon à le lui faire entendre un peu. Puis, quand, le diapason diminuant sa sonorité, le sujet cesse de l'entendre, je retire le diapason, j'en éclaire fortement l'extrémité armée de son fil et je fais osciller doucement le diapason à droite et à gauche. L'image du fil est multipliée par la vibration, et sert à rendre celle-ci extrêmement visible. Je compte combien de secondes cette vibration reste visible après que le malade a cessé de l'entendre, et le nombre obtenu chiffre sa surdité.



Cette lecture est facile et plusieurs observateurs constatent presque à la même seconde la disparition de la vibration visible. Ce procédé substitue donc, dans l'observation du phénomène vibratoire décroissant, la lecture optique à la recherche auditive, bien autrement vague et incertaine. L'idée d'adapter au diapason un dispositif qui permette de le *voir vibrer* et d'acoumétrer, par l'amplitude de la vibration et par la durée du phénomène, a été émise par

moi, en même temps que le dispositif était proposé, à la Société de Biologie de Paris, le 18 mars 1899. J'ai reproduit cette proposition dans mon rapport à la Société de Laryngologie en mai 1899.

C'est en août 1899 que Gradenigo a proposé, au Congrès de Londres, avec un dispositif différent et très élégant, mais ne donnant que quelques chiffrages, une autre « nouvelle méthode optique d'acoumétrie ».

Une personne plus ou moins sourde cesse d'entendre le diapason 5, 12, 37, 75 secondes, par exemple, avant que sa vibration cesse d'être visible, je chiffre — 5, — 12, — 37, — 75. etc. J'évalue de même sa paracousie au genou ; je mesure à droite et à gauche et j'établis ainsi sa *pointure* :

$$\frac{\text{oreille dr.} \mid \text{genou dr.}}{\text{oreille g.} \mid \text{genou g.}}$$

ou simplement, et une fois pour toutes : $\frac{\quad\mid\quad}{\quad\mid\quad}$

L'oreille normale donne environ :

$$\frac{+\ 5 \mid -\ 80}{+\ 5 \mid -\ 80}$$

Quand l'oreille est bonne, elle entend mon diapason, alors que sa vibration n'est plus visible. Je laisse alors éteindre cette vibration, et je ne présente le diapason à l'oreille qu'après qu'elle a cessé d'être visible; l'oreille entend encore 5, 10, 15 secondes selon sa puissance auditive. Quand l'oreille est bonne, elle ne perçoit pas, ou à peine, le diapason vibrant au genou. Le sujet ne doit naturellement pas appliquer fortement le pied sur le plancher, ce qui ferait resonner et rendrait le son perceptible par l'air.

Voyons des oreilles malades.

$$\begin{array}{l} \text{(aér. droite)} \\ \text{(aér. gauche)} \end{array} \frac{\begin{array}{c} -\ 12 \mid -\ 25 \\ -\ 45 \mid -\ 10 \end{array}} \begin{array}{l} \text{(gen. dr.)} \\ \text{(gen. g.)} \end{array}$$

Cette pointure me donne : $-\ 10 > -\ 25 =$ *Weber gauche.*

Elle me donne à droite : $-\ 12 > -\ 25 =$ *Rinne* +.

— — à gauche : $-\ 45 < -\ 10 =$ *Rinne* —.

J'ai donc les épreuves de Weber et de Rinne en chiffres

dont je pourrai suivre les variations; je sais de combien la transmission solidienne gauche l'emporte sur la droite dans le Weber, je sais de combien l'oreille droite est mauvaise, même avec son Rinne +, etc. ; je mesurerai avant et après une intervention quelconque, dans des conditions, dans des attitudes cherchées, j'obtiendrai en peu de temps le chiffrage de mes données cliniques, et je conclurai sur des valeurs légitimes.

J'ai proposé depuis longtemps cette pointure, pratique, lisible, obtenue en quelques minutes, comparable à elle-même d'un moment à l'autre. Elle ne fait pas à elle seule le diagnostic d'une lésion, mais elle est bien plus précise que les épreuves de Weber et de Rinne telles qu'on les pratique journellement; de plus, elle n'exige pas un dispositif de laboratoire, une heure de recherches pour chaque observation, et un tableau hiéroglyphique d'une lecture impraticable, avec des diapasons variés dont on ne connaît que la tonalité et non la puissance. L'analyse acoumétrique complète, — ou soi-disant telle, — est une chose excellente, mais longue et complexe. On peut s'en passer bien souvent dans la pratique, comme de l'analyse complète des urines. Commençons par la pointure, comme ont fait avant nous les marchands de cols, de gants et de chaussures. Sur mille mains qui gantent le même numéro, il n'y en a pas deux d'identiques. Dans la pratique de chaque jour, la pointure que je propose, fixe presque immédiatement la plupart des diagnostics. Les autres recherches s'y adjoignent selon les cas.

Le diapason de 100 v. d. à la seconde n'appartient à aucun système musical national; il appartient à tous les appareils chronographiques et, comme la méthode graphique elle-même et l'unité de temps, il est déjà internationalisé.

III. — PHYSIOLOGIE

NOUVEAU DYNAMOMÉTROGRAPHE UNIVERSEL ET NOUVEL ERGOGRAPHE ET LEUR IMPORTANCE POUR LE DIAGNOSTIC DES DÉSORDRES DU LABYRINTHE

(Fin).

Par **Stanislas von STEIN** (de Moscou).
Directeur de la Clinique pour les maladies de la gorge, du nez et des oreilles de l'Université Impériale de Moscou.

(FONDATION BAZANOVA)

IV. Affections des muscles.

Cas XXIV. — Af., portier. Complexion robuste; il a été cocher. Il y a quelques années, il fut emporté par les chevaux qui l'entraînèrent les brides en mains. Il souffrit longtemps des suites de l'extension des muscles de la main. Pas d'affection des oreilles, ni des nerfs.

Dynamométrie. — Tab. XVI. Af., 17 mars 1905.

Main droite.

1) Force normale 30-40 kg.

2) La courbe tétanique s'abaisse graduellement, elle n'est pas ondulée mais longue.

3) Pas de courbes ergo-tétaniques, les yeux ouverts V et les yeux fermés VII ; elles rappellent les courbes tétaniques. La ligne V, les yeux ouverts, descend d'abord par degrés.

Main gauche.

1) Force normale.

2) La courbe tétanique s'abaisse régulièrement, parfois par degrés ; elle est unie sur toute sa longueur. Les ondulations formées d'abord disparaissent bientôt.

3) Pas de courbe ergo-tétanique.

Les courbes, les yeux ouverts et les yeux fermés, toutes identiques, c'est pourquoi elles ne sont pas présentées ici.

Les dynamogrammes ci-contre montrent que les impulsions volontaires ne sont pas en état de faire contracter les muscles, soit à cause de la disparition des matières musculaires ou de la destruction des branches nerveuses pendant l'extension des extrémités supérieures.

Les épreuves dynamométriques que je viens de décrire permettent de faire les conclusions suivantes :

1) Pour fonctionner d'une manière normale, les muscles doivent avoir les propriétés suivantes :

a. Les contractions tétaniques affaiblissent graduellement le muscle qui, les yeux ouverts ou les yeux fermés, dessine une courbe d'abord finement ondulée et ensuite presque unie. C'est la simple *courbe tétanique*.

b. Le muscle contracté tétaniquement peut, au bout de quelque temps, et les yeux ouverts ou fermés, se contracter de nouveau ; ces affaiblissements consécutifs tracent une courbe finement ondulée ; c'est la *courbe ergo-tétanique*.

c. Les courbes obtenues les yeux ouverts ou les yeux fermés ne diffèrent pas sensiblement.

2. L'ondulation initiale de la courbe tétanique peut être très peu marquée ou faire complètement défaut :

a. Dans les lésions partielles d'un côté du labyrinthe et nommément dans le rétrécissement du canal horizontal (Tab. XIV).

b. Du côté correspondant au labyrinthe détruit (Tab. XXIII).

c. Pendant l'inflammation du labyrinthe avec bruit e vertiges, mais sans lésion du cerveau.

d. Lorsqu'il y a lésion des fibres tenseurs des nerfs de la VIII[e] paire (Tab. V, XIII).

e. Dans la *sclérose latérale amyotrophique* (Tab. XV).

f. Après la tension des muscles (Tab. XVI).

Ainsi donc, à l'état normal, *l'ondulation* a pour cause les impulsions volontaires venant du labyrinthe et communiquées aux fléchisseurs par les fibres du nerf vestibulaire (dans les cas cités) puisque, après la lésion de quelques parties du labyrinthe, elle ne se produit plus, le cerveau étant intact et de plus, dans certains cas, non seulement du côté du labyrinthe blessé, mais du côté du labyrinthe sain. Dans les désordres des voies *conduisant* au labyrinthe (d) et aussi dans *les maladies des muscles* (appareils qui reçoivent les impulsions e, f) l'ondulation fait défaut ou est peu marquée. Alors, il faut constater que les impressions visuelles n'ont aucune influence sur la présence ou l'absence de l'ondulation, comme par exemple dans le cas de l'aveugle Tcha (12[e] cas, Pl. XXI), où l'ondulation est bien nette, puisque le nerf VIII est intact.

Ceci admis, nous sommes autorisés à voir dans l'absence ou la faiblesse de l'ondulation une lésion du labyrinthe, avec ses voies centripètes.

Chez quelques sujets très forts, très endurants et d'une très bonne santé, cette ondulation se manifeste dans les dents des courbes ergo-tétaniques, tandis qu'elles n'apparaissent dans les courbes tétaniques qu'après une certaine fatigue (Pl. I. Kip. I, V, II, VI).

3) La courbe ergo-tétanique peut être faiblement dessinée ou faire défaut :

a. Pendant l'inflammation du labyrinthe accompagnée de bruit et de vertiges (Pl. XVIII, XXIII), pas de courbe du côté malade ; elle peut être faiblement dessinée du côté sain.

b. Du côté correspondant à l'ablation du labyrinthe.

c. Dans la lésion de certaines fibres des nerfs de la VIII[e] paire (ou acoustique). Dans le 9[e] cas, Tchou (Pl. X), bientôt après la maladie, la courbe disparaît par places, et dans d'autres, elle est irrégulière et faiblement dessinée. Ceci prouve qu'une partie des fibres seulement était en état de transmettre les impulsions.

Quand, deux mois après, le malade eut repris des forces, une seconde épreuve donna une courbe plus prononcée mais cependant faible et irrégulière.

Dans un cas analogue (8[e] Iv. Pl. XIII), la courbe ergo-tétanique obtenue est très marquée et parfois finement ondulée.

Ces résultats montrent que la surdité a été causée par la lésion d'un rameau auditif, pendant que les rameaux moteurs des mains étaient relativement intacts.

d. Dans la *sclérose latérale amyotrophique*, pas de courbe ergo-tétanique.

e. Lorsqu'il y a extension des muscles (Pl. XVI Af.).

f. Dans les lésions de la moelle allongée (Pl. XXIV, 10[e] cas Nekr.), les yeux ouverts, la courbe est faiblement marquée et irrégulière ; les yeux fermés, elle fait défaut, même avec une bonne ouïe.

g. Après la lésion du canal horizontal (Pl. XX).

Donc, *les impressions visuelles jouent* dans certains cas *un grand rôle* sur la présence ou l'absence de la courbe ergo-tétanique (Pl. XXIII, XXIV, XXI et XI, XII, IX, XVIII, XX).

4) Dans certains cas, la lésion du système nerveux central fait tomber la courbe par degrés de différentes grandeurs (Pl. XV Sclérose latérale amyotrophique. Pl. III, — maladie inconnue) tantôt les yeux ouverts tantôt les yeux fermés. Je n'ai pas obtenu de courbes de ce genre dans les affections purement labyrinthiques ou de la VIII[e] paire.

Dans quelques cas, je les ai obtenus avec une main, dans d'autres avec les deux mains.

La courbe Tchum. 1_2 Pl. VI, les yeux ouverts et avec la main droite, a été obtenue dans une maladie d'un caractère mixte : la lésion du tronc des nerfs de la VIII[e] paire et de la moelle allongée.

5) Les courbes tétaniques pendant l'acromégalie sont presque droites et unies (Pl. IX, XA). Je n'ai pas pu observer de dynamogrammes semblables dans les maladies du labyrinthe.

6) Les courbes dentelées irrégulièrement ou les courbes largement ondulées s'observent dans la Sclérose disséminée (Pl. IV et VII) et dans la période précédant la paralysie (Pl. XXVI Gel.) de l'extrémité supérieure.

Donc pour le diagnostic, il faut remarquer ce qui suit :

1) Les fines ondulations nettement dessinées témoignent que certaines parties du labyrinthe sont intactes.

2) L'absence d'ondulations révèle une lésion importante de quelques parties du labyrinthe.

3) Les ondulations mal dessinées sont un indice que le labyrinthe est tant soit peu atteint.

4) Les courbes descendant par degrés décèlent une maladie cérébrale.

5) Les courbes à dents irrégulières ou largement ondulées sont données par les affections du cerveau.

6) La ligne ascendante s'élevant lentement soit avec ondulations, soit par degrés est un signe de faiblesse de contraction des muscles, qui se produit par saccades. On l'observe dans les affections du cerveau ou du labyrinthe en même temps que celle d'origine centrale.

7) On observe la brièveté, l'irrégularité ou l'absence des lignes ergo-tétaniques :

a. Les yeux fermés, dans les affections du labyrinthe (4e cas Kl. Pl. XVIII).

b. Les yeux ouverts et les yeux fermés, dans certains cas purement labyrinthiques ou dans des cas d'origine centrale combinés avec les affections labyrinthiques.

8) Pendant les épreuves, il ne faut pas négliger les affections périphériques des muscles.

Tout ce qui vient d'être dit a pour but de montrer la possibilité de poser un diagnostic d'après les dynamogrammes. Des épreuves ultérieures plus nombreuses sont appelées à en vérifier l'exactitude.

BIBLIOGRAPHIE

1. Hachette. Notice historique sur les dynamomètres. Bulletin d'encouragement, 27e année, p. 239, 1827; Dictionnaire technologique. Paris, 1828, t. VII, p. 228; t. XII, p. 457, pl. 34 « Arts mécaniques ».

2. Poncelet. Cours de mécanique appliqué aux machines. Sect. V. Deutsch von Schmuse. Bd. II. S. 186.

3. Egen. Untersuchungen über die Effecte einiger in Rheinland und Westfalen bestehender Wasserwerke. Berlin, 1831, S. 40.

4. Karmarsch-Prechtl's. Technologische Encyklopädie. Bd. 4 Artikel « Dynamometer », 1833.

5. Morin. Notice sur divers appareils dynamométriques, etc. 2e éd. Paris, 1841.

6. Segnitz. Ueber die Anforderungen an einen zur Prüfung von Ackergerätschaften geeigneten Kraftmesser. Ann. der Landwirtschaft in den preussischen Staaten. IX Jarhg. S. 206, 1855.

7. Pauli. Kunst und Gewerbeblatt f. Bayern. Bd. 97. S. 452.

8. Weisbach. Ingenieur-Mechanik. 2 Aufl., 1865, § 123.

9. Schneider. Supplemente zur Prechtl's Technologischer Encyklopädie Bd. 2 Artikel « Dynamometer », 1859.

10. Karmarsch. Ueber Garn-Dynamometer (zur Festigkeitsprüfung d. Garnfäden). Handbuch der mechanischen Technologie. Bd. II. S. 858.

11. Hirn. « Pandynamometer ». Oesterreichischer officieller Bericht über die Pariser Austellung von 1867. Bd. I. Heft 3. S. 99.

12. Holst. Eisenbahnwaagen-Dynamometer. Zeitschrift d. Vereins deutscher Ingenieure. Jahrg, 1871. S. 467.

13. Spon's Dictionary of Engineering, Artikel « Dynamometer », p. 1301, und Dynamometer Car., p. 1306; Bei *Rühlmann* (1871) ist der Registrirungs-apparat auf den fig. 133 u. 134 (S. 197) in Verbindung mit Federdynamometer *Regnier* dargestellt. und mit Abbildungen begleitet in der Zeitschrift des österreichischen Ingenieur und Architektenvereins, Jahrg, 1868. S. 107.

14. Gestner. Handbuch d. Mechanik. Bd. I. S. 216. §§ 212.

15. Burg. Verhandlungen des niederösterreichischen Gewerbevereins, 1843. S. 103. H. 8.

16. Regnier. Sur le dynamomètre de Regnier. Journal des mines, n° 97. Vol. 17. Année XIII, p. 51. Pl. I, 1805 ; Bulletin d'encouragement, 16e année, 1817, p. 133. « Mémoire sur le dynamomètre de Renier ».

17. Morin. Notice sur divers appareils dynamométriques, § 21, p. 39.

18. Morin et Poncelet. Bulletin de la société d'encouragement, 1857. Auch bei *Prechtl* über den « totalisirenden Dynamometer ».

19. Rühlmann. Allgemeine Maschinenlehre. Bd. I. Mit 429 Holzschnitten, 1871.

Die oben angeführten Werke sind aus diesem Buche genommen ; Weiteres findet man auf den SS. 203-248 : Manometer ; Dynamometer zum Messen mechanischer Arbeit. Dynamometer mit directer Messung bei drehender Bewegung (Dynamometrische Kurbel) ; Dynamometer mit indirecter Messung.

20. Duchenne, 1872. De l'électrisation localisée, 3e édit. Paris, 1872, p. 626, fig. 174-177.

« Description de mon dynamomètre médical, son mécanisme et ses applications diverses ». J'ai fait construire (chez Collin) un dynamomètre *puissant* (de 1 à 100 kg.) et un dynamomètre *sensible* (1 à 8 kg.). Le dynamomètre *puissant* sert à mesurer la force de la pression de la main fermée, celle de tous les mouvements partiels et le degré de puissance de ce que j'ai appelé incitabilité nerveuse ou le degré d'épuisement de cette incitabilité.

On mesure la force de pression de la main fermée en plaçant dans la paume de la main entre l'éminence thénar, les deuxièmes phalanges des doigts infléchis, les poignées entrecroisées du dynamomètre. Si alors on essaye de fermer la main avec force, les tiges du dynamomètre sont écartées l'une de l'autre et l'on voit se mouvoir de gauche à droite l'aiguille fixe qui indique sur le cadran les degrés de force depuis 1 jusqu'à 100 kilos. On a adopté généralement cette manière de mesurer la force de pression de la main comme étalon de la force générale. La moyenne de cette force de pression de la *main droite* était en général, chez l'homme, de 30 à 40 kilos et chez la femme de 20 à 30 kilos.

21. Dictionnaire de Physiologie, 1902, t. V, p. 196 : appareils dynamométriques. Ici est indiquée la bibliographie : *Marey*. Méthode graphique. Le mouvement. La machine animale.

22. Rouny (C. R. 1896, 1395 et 1428). *Scott*. Cycling art (Le cycliste, 30 avril 1896). *Rouny* (C. R. 1890). Physiologie du membre inférieur dans la locomotion à bicyclette.

23. Charles Henry. Sur un dynamomètre de puissance spécialement applicable aux études physiologiques. Comptes rendus des séances de l'Académie des Sciences. Paris, 18 nov. 1895.

« Le dynamomètre de puissance que *Mathieu* a construit sur mes indications est essentiellement, comme toujours, un ressort de forme elliptique qu'il s'agit de déformer ; il indique, par une double échelle en grammètres le travail de pression et le travail de traction et marque le temps à 1/20 de seconde près. Au moment où l'effort commence, à la moindre déformation du ressort, un mouvement d'horlogerie, exécuté par Chateau, se déclenche et entraîne une aiguille; au moment où l'effort cesse de s'accroître, le mouvement d'horlogerie s'arrête en même temps que l'aiguille. »

Une communication du 22 juin 1891 sur les *haltères dynamogènes*.

24. André Broca.

Ergométrie. Dictionnaire de Physiologie par Charles Richet. T. V. D-F, 1902, p. 522-538. I. Etude de l'épuisement musculaire.

25. Wanner. Ueber die Erscheinung von Nystagmus bei Normalliören-den, Labyrinthlosen und Taubstummen. München, 1901.

26. Setschenow. Zur Frage nach der Einwirkung sensitiver Reize auf die Muskelarbeiten des Menschen. Mit 11 Abbildungen. Physiologische Gesellschaft in Moskau, 6 mai 1902. Le Physiologiste russe. Vol. III, 1er mai 1903, p. 56-69.

27. Emanuel. Ueber die Wirkung der Labyrinthe und des Thalamus opticus auf die Zugkurve des Frosches.

Pflüger's Archiv. Bd. 99. H. 7-8. S. 363. Ref. Cent. f. Ohrenheilk. Bd II. S. 175. Januar. 1904.

28. W. Kümmel. Ueber infectiöse. Labyrintherkrankungen. Zeitschrift für klinische Medicin. Bd. 55. S. 373-410, 1904.

29. St. v. Stein. Ueber einen neuen selbständigen die Augenbewegungen automatischregulierenden Apparat. Centralblatt für Physiologie, 4 August 1900. H. 9. Medicinischer Rundschau, 1900. Juli. Russisch.

30. St v. Stein. Un cas de lésion traumatique du canal semi-circulaire (russe). Comptes rendus des travaux de la clinique pour les maladies de la gorge, du nez et des oreilles, 1896, page 93.

31. Voltolini. Die acute Entzündung des hautigen Labyrinths des Ohres (Otitis labyrinthica sive intima), irrtümlich für Meningitis cerebrospinalis gehalten. Breslau, 1882.

32. Gottstein. Archiv f. Ohrenheilk. XVII, 166, 1881. I c.

33. J. Habermann. Pathologische Anatomie des Ohres. Mit 18 Abbildungen. *Schwartze's* Handbuch d. Ohrenheilk. Bd. I. 203, 1892.

34. G. Gradenigo. Krankheiten des Labyrinths und d. N. acusticus. *Schwartze's* Handbuch der Ohrenheilkunde. Bd. II. S. 352, 1893.

IV. — TECHNIQUE PRATIQUE

I

NOUVEAU SCARIFICATEUR ET PORTE-CAUSTIQUE LARYNGIEN

Par **A. MAURICE** (de Paris)
Chef de service libre d'oto-rhino-laryngologie à l'hôpital Tenon.

Pour le traitement endo-laryngé, il est de la plus haute importance d'avoir des instruments appropriés pour ainsi dire à chaque lésion ; une telle région est difficilement abordable et notre arsenal laryngologique s'encombre de jour en jour d'instruments nouveaux qui ont chacun leur utilité et leur application.

Nous savons tous combien dans cette région les réflexes sont variés; rares sont les malades chez qui l'on peut, sans crainte de mouvements involontaires, introduire différents instruments tels que porte-caustiques, scarificateurs, pinces à polypes. La vue seule des instruments près de pénétrer suffit parfois à influencer le malade ; le miroir produit par son contact des effets nauséeux et quelquefois le médecin frôle la muqueuse avant d'arriver au but. Si l'on porte des instruments dangereux, tels qu'un scarificateur ou des médicaments caustiques, tels que le nitrate d'argent, l'acide lactique, etc., il est important de ne rien toucher avant le point à atteindre et pour cela il est prudent d'avoir un instrument dont la lame ou le caustique sont protégés ; l'on peut se fier à son adresse, mais jamais à l'impassibilité du malade. Un laryngologiste qui se servirait d'un instrument non protégé serait responsable des accidents qui pourraient se produire à la suite d'un mouvement inconsidéré du patient.

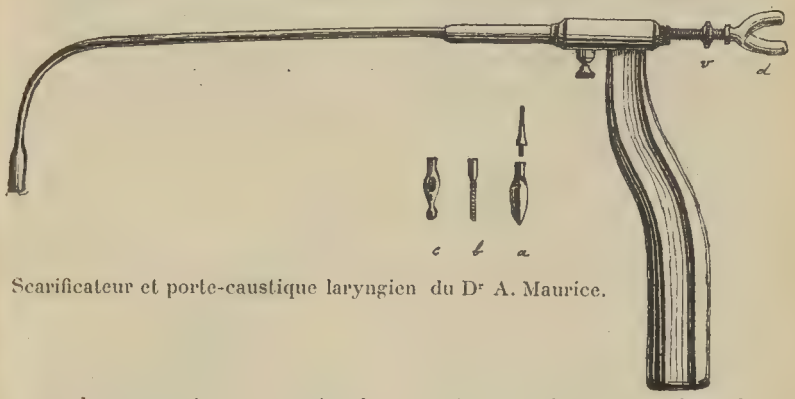
La plupart des instruments n'ont pour ainsi dire qu'une fonction : toutefois de nombreux manches, porte-instruments ont été créés ; Krause, Heryng, etc. en ont fait fabriquer de très bons ; à tous on peut leur reprocher quelque chose ; les uns servent à trop peu de choses, les autres veulent servir à tout ; dans ce dernier cas, il s'ensuit que les mouvements à imprimer à l'outil mis en place sont trop compliqués et peuvent faire dévier l'extrémité de l'instrument.

Prenons un exemple : voici un outil qui va servir pour faire saillir une pince-curette; une fois l'instrument dans le larynx, il faudra appuyer sur un bouton pour sortir la curette et un deuxième mouvement sera nécessaire pour saisir et arracher le néoplasme, mouvement assez violent qui ne peut être fourni par un ressort ; servons-nous du même instrument pour scarifier les

aryténoïdes, deux mouvements seront également nécessaires dont l'un, le second, est au moins inutile et devrait être supprimé.

J'ai donc pensé que l'on pouvait pour des touchers simples, comme l'action de scarifier ou de porter un caustique, que l'on pouvait, dis-je, remplacer le deuxième mouvement par un ressort assez peu puissant pour nécessiter un faible effort et assez pour ramener dans sa gaîne l'extrémité agissante. L'effort réclamé par un ressort puissant pourrait faire dévier l'instrument au moment de la mise en œuvre.

Mon instrument dont les extrémités sont interchangeables



Scarificateur et porte-caustique laryngien du Dr A. Maurice.

est donc extrêmement simple, on n'a qu'à le placer dans le larynx et au moment voulu on appuie sur le doigtier (*d*) avec le pouce ; le scarificateur revient ensuite de lui-même dans sa gaîne par l'action d'un ressort caché.

Trois extrémités peuvent s'interchanger :

1° un petit scarificateur que l'on peut mettre dans n'importe quel sens (*a*) ;

2° un porte-coton pour les caustiques liquides (*b*) ;

3° un porte-caustique pour les solides (nitrate d'argent, acide chromique) que l'on chauffe à la flamme pour les réduire en perle (*c*) ; la perle faite est protégée par une saillie qui l'empêche d'être détachée par le va-et-vient de l'instrument.

Une petite vis court près du doigtier et permet de limiter la saillie des porte-caustiques ou du scarificateur. Un petit ressort à boudin se trouve dissimulé près du point où s'attache le manche.

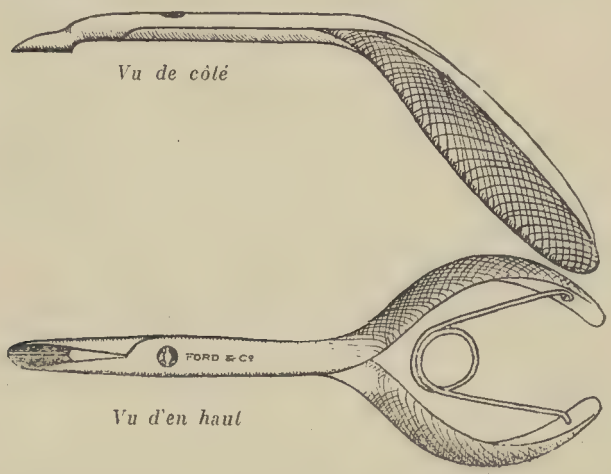
Cet instrument est facilement démontable et stérilisable. Enfin un manche bien en main permet de mouvoir l'instrument avec facilité.

II

PINCE POUR L'ABLATION SOUS-MUQUEUSE DE L'ÉPINE MAXILLAIRE

Par **A.-J. HUET** (de New-York).
Assistant de laryngologie à la clinique de « The Health Department ».

Parmi les difficultés que l'on rencontre dans la résection sous-muqueuse de la cloison nasale, une des plus ennuyeuses est celle qui consiste à enlever l'épine maxillaire, souvent compliquée d'un éperon osseux au voisinage du plancher nasal. C'est ce qui m'a conduit à inventer l'instrument représenté dans la figure ci-jointe.



Les lames ont la forme d'une dent de rongeur ; et la partie coupante de l'instrument se trouve à leur extrémité inférieure. L'appareil présente une lame très mince qui peut passer aisément dans le voisinage de l'éperon faisant saillie ; l'on peut ainsi sectionner l'épine osseuse du maxillaire loin du plancher nasal, lorsqu'on peut le détacher facilement de son insertion postérieure avec une pince nasale.

V. — PHONÉTIQUE

ESSAIS SUR LA VOIX
(*Suite.*)

Par **A. THOORIS**
Médecin-major (de Paris).

Si l'on bouche l'autre narine, le mouvement du t. c. devient positif + 1.

3° *Pharynx humains*

On recueille les mouvements aériens de la cavité pharyngienne supérieure par la voie nasale et par la voie buccale.

1° Voie nasale.

On étudie les courants, ou bien indirectement à leur sortie des narines, ou bien directement dans le cavum.

a) *Exploration indirecte des courants de l'épipharynx à leur sortie des narines.*

α) *Par le* t. c.

Première expérience. — Un baryton, bon élève du Conserva-

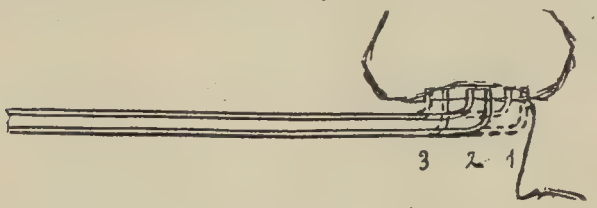


Fig. 1.
Petit segment du *t.c.* en rapport avec la : 1. Partie postérieure de la narine. — 2. Partie moyenne. — 3. Partie antérieure.

toire, a émis successivement, avec une intensité moyenne, en ré^3 la série des voyelles :

à	è	e	é	i	í
a	œ̀	œ	œ́	u	ú
á	ò	o	ó	*u*	
ã	ẽ	õ	œ̃		

Durant ces émissions, le t. c. est placé horizontalement dans le P.V.S.F. du sujet observé, le petit segment occupant les positions correspondant aux parties (antérieure, moyenne et postérieure) de l'ouverture des narines (fig. 1).

Je ne constate aucun courant dans le t.c. même durant l'émission des nasales ã ẽ õ œ̃.

Ayant attiré l'attention du jeune chanteur sur ce phénomène, et l'ayant amené, après quelques exercices, à fermer moins hermétiquement son orifice pharyngo-vélaire, j'ai obtenu, pour la voyelle ã, des mouvements de fumée dont le temps d'écoulement a été mesuré au chronomètre [1].

Partie antérieure	Partie moyenne	Partie postérieure
7″	17″	3″
4″	3″5	6″
13″	7″	5″5
5″	7″	6″
5″	7″5	
Moyenne : 6″6	Moyenne : 6″2	Moyenne : 5″

Ces mouvements de fumée n'ont eu lieu que durant l'émission des voyelles nasales. Les voyelles pures n'ont donné aucun déplacement dans le t.c.

Deuxième expérience. — Ténor. En fa^3.

	Partie antérieure	Partie moyenne	Partie postérieure
ã	5″ 5″ 4″5 4″	4″ 9″5	4″5 3″5 4″ 5″7
ẽ	7″ 7″ 12″ 8″ 12″ 15″ 13″	7″ 13″ 14″ 17″	6″ 17″ 6″ 8″
õ	6″ 7″ 4″5 4″5 4″ 4″	5″ 4″ 5	4″ 3″ 4″5 3″
œ̃	7″ 7″ 7″ 7″	8″ 6″	8″ 5″ 5″ 7″

Moyennes :	Partie antérieure	Partie moyenne	Partie postérieure
ã	4″	4″5	5″
ẽ	8″	13″	9″
õ	5″	4″5	3″6
œ̃	7″	7″	10″

Troisième expérience. — Baryton. En la^2.

	Partie antérieure	Partie moyenne	Partie postérieure
ã	9″7″8″9″9″10″15″15″	10″12″12″17″	6″10″10″11″10″11″12″10″
	4″4″9″4″4″	5″6″7″6″6″5″6	3″3″2″5 2″5
ẽ	10″6″9″9″9″6″7″	7″6″7″6″6″5″6″	3″3″2″5 2″5
õ	6″7″4″5	5″4″	4″3″
œ̃	7″7″	8″7″	5″5″

Moyennes :	Partie antérieure	Partie moyenne	Partie postérieure
ã	8″	8″	7″
ẽ	6″	6″	3″
õ	5″	4″5	3″
œ̃	7″	7″5	5″

1. M. Montabelti m'a fourni un chronomètre à secondes très commode. Une pression sur le remontoir fait partir l'aiguille, une seconde pression l'arrête et une troisième pression la ramène au zéro.

QUATRIÈME EXPÉRIENCE. — Sujet non chanteur. En la^3.

	Partie antérieure	Partie postérieure
ã	12″ 12″	9″ 12″
ẽ	17″ 25″	17″ 19″ 26″
õ	10″ 14″	14″ 14″
œ̃	22″ 22″	21″ 21″
Moyennes :		
ã	12″	10″5
ẽ	21″	20″66
õ	12″	14″
œ̃	22″	21″

CINQUIÈME EXPÉRIENCE. — Sujet non chanteur.

Émission de la voyelle a.

En la^2	14″ 15″ 19″ 15″	Moyenne : 15″75
la^3	25″ 25″ 22″ 15″	— 21″75
la^4	32″ 38″ 28″ 19″	— 29″25

SIXIÈME EXPÉRIENCE. — Le t. c. successivement présenté devant l'ouverture des lèvres [1] et sous l'ouverture des narines donne :

	Temps d'écoulement (bouche)		Temps d'écoulement (nez)		
		Moyennes	Part. ant.	Part. post.	Moyen.
ã	8″ 10″ 11″ 12″ 8″	9″8	12″ 12″ 12″	9″ 12″	11″4
ẽ	5″ 5″ 5″ 5″ 5″	5″	17″ 25″	17″ 19″ 26″	20″8
õ	12″ 11″ 12″ 12″ 12″	11″8	10″ 14″	14″ 14″	10″4
œ̃	8″ 7″ 7″ 7″ 7″	7″2	22″ 22″	21″ 21″	21″5

On peut résumer les résultats de ces expériences, au point de vue de l'intensité de l'écoulement de l'air sortant des narines et de la bouche, par la formule suivante :

$$V_N \quad ã \; õ \geqslant ẽ \; œ̃$$
$$V_B \quad ã \; õ \leqslant ẽ \; œ̃$$

AUTRE EXPÉRIENCE :

	Temps d'écoulement (bouche)		Temps d'écoulement (nez)		
		Moyennes	Part. ant.	Part. moy.	Part. post.
ã	6″ 8″ 6″	6″ 6″	5″ 5″	4″	4″ 5″
ẽ	15″ 11″ 16″ 17″	14″7	12″ 8″	7″	6″
õ	6″ 8″ 8″	7″3	6″ 7″ 4″5	5″	4″ 3″
œ̃	13″ 15″	14″	7″ 7″	8″	5″ 5″

$$V_N \quad ã \; õ \geqslant ẽ \; œ̃$$
$$N_B \quad ã \; õ \leqslant ẽ \; œ̃$$

1. Le t. c. se présente devant les lèvres par l'extrémité du grand segment. La fumée s'échappe positivement par l'orifice du petit segment. Les nasales ont été émises en fa^3.

β) Par l'olive nasale.

L'olive dont je me suis servi mesure 62 mm. de longueur dont 38 pour l'olive proprement dite et 24 pour la tubulure. Le plus grand diamètre est de 17 mm. ; l'ouverture opposée à la tubulure a 7 mm. 5. (Voy. fig. 2.)

I. — Avant de commencer une première série d'expériences, l'olive chargée de fumée, tubulure en bas, et placée verticalement à l'air libre [1], met à se vider dans 3 épreuves successives :

30″ 25″ 23″ Moyenne : 26″.

Une fillette de 9 ans émet en do^1 la voyelle **a**. L'olive chargée de fumée est introduite dans l'une des narines, l'autre restant libre. Même position de l'olive que précédemment, tubulure en bas.

Temps d'écoulement : 5″.

La fumée s'arrête au niveau supérieur de la tubulure et reste désormais stationnaire dans celle-ci.

Une falcon répète la voyelle en do^1 et vide l'olive jusqu'à la tubulure exclusivement en 14″.

L'équilibre se rétablit alors et rien ne sort plus ni de l'olive, ni de la tubulure.

Remarque. — Pour que ces différences de fumée aient toute leur signification au point de vue qui nous occupe, c'est-à-dire au point de vue d'une méthode qui surprend le fait brut tel qu'il se produit dans la réalité et non tel qu'on désire qu'il se produise, il convient que le sujet observé ferme les yeux pendant l'épreuve, de façon à ne pas être tenté de modifier le sens des courants par des mouvements inconscients de son appareil vélaire.

Trois sujets ont émis les voyelles moyennes **a**, **e**, **i** avec une intensité moyenne, l'olive nasale dans une narine, l'autre restant ouverte. On obtient :

Fillette de 9 ans	**a**	do^1	27″	**e**	do^1	25″	**i**	do^4	19″
Falcon		la^3	16″		la^3	15″		la^3	14″
Moi		la^3	21″		la^3	7″		la^3	5″

Remarque. — Pendant l'émission de la voyelle **i** par moi, le niveau de la fumée descend parallèlement à lui-même et la masse reste homogène. Pendant l'émission de la voyelle **a** par la falcon, la masse se raréfie en même temps que le niveau descend.

1. Il faut opérer dans une chambre bien close dépourvue de courants d'air.

Si, pendant l'émission des voyelles, on bouche la seconde narine, les résultats sont modifiés :

Fillette de 9 ans a	do^1 10″	e	do^1 5″	i	do^1 7″
Falcon	la^3 13″		la^3 15″		la^3 15″
Moi	la^3 3″		la^3 2″		la^3 1″

Voici les résultats que j'ai obtenus personnellement, en émettant la série des voyelles, narines bouchées.

En *do*^{3}.

à	3″	a	2″5 3″	Moy. :	2″75	á	30″
è	2″	œ	25″		25″	ò	4″ 4″
é	1″	óe	3″		3″	ó	2″ 2″ 4″
i	0″5	u	2″		2″	ù	1′

Remarques. — Chez la fillette, on constate que la fumée sort plus vite à la fin de l'émission qu'au commencement.

Durant l'émission de la voyelle á par moi, j'observe un écoulement intermittent de la fumée quelque temps après que l'émission a commencé. Au début, il ne se forme pas de courant appréciable dans l'olive.

II. — L'olive nasale à l'air libre, dans d'autres conditions atmosphériques que précédemment, laisse échapper sa fumée, d'ailleurs en de très faibles proportions, par son orifice supérieur et non plus par en bas, en vertu de la pesanteur comme cela se produisait précédemment. La majeure partie de la fumée reste stagnante dans la partie inférieure de l'olive.

Une chanteuse légère nous a donné les temps d'écoulement suivants :

à	ré^3 S(1)	e	ré^3 35″ 28″	i	ré^3 S
	ré^4 20″		ré^4 25″ 25″		ré^4 16″
	ré^5 5″		ré^5 25″		ré^5 4″
a	ré^3 32″	œ	ré^3 S	u	ré^3 15″
	ré^4 27″		ré^4 S		ré^4 5″
	ré^5 22″		ré^5 S(2)		ré^5 5″
á	ré^3 S	o	ré^3 S	ù	ré^3 S
	ré^4 S		ré^4 S		ré^4 30″
	ré^5 4″		ré^5 6″		ré^5 25″

1. Stationnaire. — La fumée ne subit aucun écoulement.

2. Un léger filet de fumée sort par en bas, mais le temps d'écoulement est beaucoup trop long pour qu'on puisse prolonger utilement l'émission et chronométrer.

Autre expérience. — Autre chanteuse légère.

à	ré³ 4″	e	ré³ 2″	i	ré³ 1″
	ré⁴ 2″		ré⁴ 7″		ré⁴ 5″
	ré⁵ 7″		ré⁵ 8″		ré⁵ mouv. négat. très lent.
œ	ré³ S	u	ré³ 12″		
	ré⁴ 12″		ré⁴ 3″		
	ré⁵ 12″		ré⁵ 15″		
o	ré³ 20″	ɯ	ré³ 10″		
	ré⁴ 4″		ré⁴ 18″		
	ré⁵ 10″		ré⁵ 9″		

Remarque . — Pour la note *ré*⁵, on voit le niveau horizontal

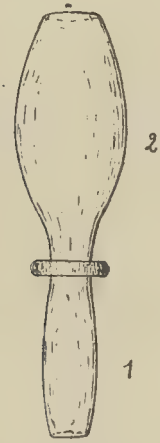


Fig. 2. — Olive nasale.
1. Tubulure de l'olive.
2. Partie renflée de l'olive.



Fig. 3.

de la fumée descendre parallèlement à lui-même, la fumée restant homogène. Il faut enfoncer l'olive pour que la fumée ne passe pas entre la paroi de l'olive et la paroi du nez.

Pour æ-*ré*³, la fumée ne commence à sortir par en bas qu'à la dixième seconde ; pour *ɯ-ré*⁴, à la huitième seconde.

L'uniformité de l'écoulement est très nette pour les notes élevées. Les mouvements de la fumée sont plus capricieux dans les notes graves.

b) *Exploration directe des courants de l'épipharynx.*

Je me suis servi d'une petite sonde creuse de caoutchouc de 3 mm.25 de diamètre extérieur et de 2 mm. de diamètre intérieur. La sonde est introduite le long du plancher dans le méat inférieur, jusqu'à ce que l'extrémité touche la paroi postérieure

du pharynx ; il suffit de retirer ensuite la sonde de quelques millimètres pour que l'orifice de celle-ci soit exposé à la rose des vents de la cavité pharyngienne supérieure.

L'autre extrémité de la sonde est mise en rapport, pour chaque émission, avec la tubulure 1 du petit appareil de verre représenté par la fig. 2 (*dimensions* : longueur totale 52 mm., longueur de la tubulure : 30 mm., largeur maxima : 11 mm., largeur minima : 4 mm.). L'extrémité de la sonde pénètre à frottement dans la tubulure. L'appareil, plein de fumée, mis en rapport avec la sonde non introduite dans la fosse nasale, se vide en 22″.

PREMIÈRE EXPÉRIENCE. — Narines libres.

		e	13″ 10″ Moyen. : 11″ 10″	i	10″5 9″ Moyen. : 9″5 9″
a	11″ 11″ M. : 10″66 10″	o	12″5 9″ Moyen. : 11″16 12″	u	11″ 13″ Moyen. : 12″ 12″
		œ	13″ 12″ Moyen. : 10″6 7″	*u*	9″ 13″ Moyen. : 10″6 10″

DEUXIÈME EXPÉRIENCE. — Narines libres.

		e	13″ 10″ Moyen. : 11″ 10″	i	10″5 9″ Moyen. : 9″5 9″
a	11″ 11″ Moyen. : 10″6 12″	o	12″ 9″ Moyen. : 11″ 12″	u	11″ 13″ Moyen. : 12″ 12″
		œ	13″ 12″ Moyen. : 10″6 7″	*u*	9″ 13″ Moyen. : 10″6 10″

TROISIÈME EXPÉRIENCE. — Narines obturées.

La narine par laquelle est introduite la sonde est fermée autour de cette sonde, sans toutefois en oblitérer la lumière ; l'autre narine est bouchée par n'importe quel procédé.

		e	7″ 11″ 14″ Moyen. : 11″ 12″	i	10″ 11″5 Moyen : 10″16 9″
a	13″ 11″ M. 11″33 10″	o	11″ 13″5 Moyen : 11″5 10″	u	9″ 11″ Moyen : 9″66 9″
		œ	8″ 9″ Moyen : 8″66 9″	*u*	13″ 16″ Moyen : 14″ 13″ (*A suivre*).

VI. — RECHERCHES HISTORIQUES

HISTOIRE DE L'OTOLOGIE DE POLITZER

(*Suite*).

Par **C. CHAUVEAU.**

Si les traités de médecine et les recueils d'observations de l'époque ne contiennent en somme que des redites ou se rapportent à des faits trop peu précisés pour pouvoir être identifiés d'une façon incontestable aux types morbides actuels, les ouvrages de chirurgie de cette même période sont un peu plus intéressants à consulter, bien que les interventions se cantonnent encore dans un domaine singulièrement restreint et superficiel, tout comme aux temps hippocratiques.

Ambroise Paré, cependant, signale d'une façon déjà assez complète les graves désordres auriculaires que peuvent déterminer les projectiles des armes à feu. Il connaît bien les effets sur le pavillon des traumatismes par armes tranchantes ou piquantes. Il englobe, lui aussi, sous le nom d'ulcères de l'oreille, les processus inflammatoires chroniques du conduit et de la caisse et, comme ses prédécesseurs, croit que beaucoup d'otorrhées proviennent du cerveau. Le traitement qu'il indique est également galénique. Il se montrerait un peu plus original, dit Politzer, en ce qui concerne les atrésies congénitales ou acquises du conduit qu'il divise en superficielles et profondes, ces dernières étant les plus difficiles à guérir. Le voisinage du cerveau devrait rendre du reste l'opérateur très prudent. Pour l'extraction des corps étrangers, cet auteur se servait surtout de pincettes, de crochets et de tire-fonds. Contre les difformités traumatiques du pavillon, il recommande le port de pièces prothétiques. Parfois celles-ci pourraient dissimuler la perte totale de l'oreille externe.

Fabrice de Hilden s'est beaucoup occupé des corps étrangers du conduit auditif, dont il rapporte cinq observations. Dans l'une, s'appuyant sur une affirmation fautive de Bauhin, il tâche d'expliquer par l'innervation commune de l'oreille et du larynx les quintes de toux qu'on voit survenir au cours de certaines irritations otiques. Il rend compte, par des relations nerveuses également hypothétiques, de l'insensibilité qu'il aurait observée au niveau du bras gauche chez une jeune fille qui s'était introduit une perle en verre dans l'oreille, anesthésie qui gagna peu à peu le dos et le membre inférieur du même côté (hémiplégie sensorielle hystérique ?). Il se servit pour l'extraction non seulement des instruments usités de l'époque (voir

plus haut) mais encore pour dilater le conduit d'un spéculum qui se composait de deux moitiés articulées pouvant s'écarter librement en arrière.

Dans l'observation I de la IIIe centurie de ses observations chirurgicales est notée l'ablation d'un polype de l'oreille que l'auteur appelle à cause de son aspect « fongus scirrhosus ». Le conduit fut, au préalable, facilement dilaté avec le speculum auris susnommé, puis la tumeur fut comprise dans une ligature au niveau de son insertion qui avoisinait la membrane du tympan ; à l'aide d'une sorte de serre-nœud, le pédicule fut coupé peu à peu et la masse morbide finit par tomber dans le conduit d'où on put l'extraire. Dans des cas moins difficiles, Fabrice de Helden semble s'être servi surtout de caustiques ou de curettes.

Dans l'observation IV de la même centurie, un enfant qui s'était introduit un noyau de cerise dans l'oreille, présentait en outre des maux de tête violents, de la titubation et du vertige. L'extraction, avec un crochet, du corps étranger qui avait pénétré dans la caisse fit disparaître tous les accidents. Dans les observations V, VI et VII qui suivent, on voit notés des cas de surdité par commotion sonore violente ou à la suite de traumatismes. Dans un cas, la perte de l'ouïe aurait été due à l'injection d'un liquide huileux (?). Ce chirurgien employait beaucoup les tampons à la charpie ou au coton trempés dans des substances médicinales diverses. Il aurait remarqué qu'en fermant le nez et en expirant fortement à plusieurs reprises on obtenait une amélioration notable chez beaucoup de sujets. Il a constaté aussi, dit-il, qu'assez souvent, chez les jeunes enfants, la surdité se complique bientôt de mutité.

En Italie enfin, fut tentée vers cette époque une autoplastie intéressante, celle du pavillon de l'oreille. Celse en avait déjà parlé, les médecins indous et les médecins byzantins semblent l'avoir tentée ; mais cette opération n'était nullement entrée dans la pratique courante. Un chirurgien sicilien Branca aurait fait cependant au XVIe siècle des tentatives heureuses dans ce sens ; les membres de la famille Vianeo, en Calabre, auraient suivi son exemple et c'est d'eux que Tagliacozzi aurait appris le procédé qu'il se borna à perfectionner. Il le fit connaître dans le même traité où il indiquait en outre la prothèse du nez et des lèvres. Il avoue que la réussite est plus marquée pour le lobule que pour la conque, celle-ci étant d'une structure très compliquée. Dans le premier cas, il empruntait son lambeau au cou, dans le second aux parties postéro-supérieures avoisinantes de la peau qui recouvre le crâne, c'est-à-dire de la région tempo-mastoïdienne.

L'otologie au cours du XVIIe siècle. — Ce fut longtemps une époque stérile. Dans le champ où les grands observateurs de la Renaissance avaient fait une si riche moisson, leurs successeurs immédiats ne surent plus trouver que quelques glanures de grosse anatomie macroscopique, la seule qui fût accessible, étant donné

l'indigence de la technique microscopique de l'époque. C'est ainsi que Foliis le successeur de Vesling à l'Université de Padoue, décrivit mieux que ne l'avaient fait Koyter, Casserius et Fabrice d'Aquapendente la longue apophyse du marteau (processus foliacé) mais sans atteindre la perfection cependant de l'allemand Ravius, qui avait étudié cette saillie osseuse chez le fœtus et le nouveau-né où elle est beaucoup plus marquée. Marchetti passe pour avoir entrevu le premier l'échancrure de Rivinus ; mais, dit Politzer, la lecture de ses œuvres ne permet d'affirmer rien de pareil.

Dans l'ouvrage de Molinetti, on ne rencontre qu'un parallèle forcé entre l'œil et l'oreille ; sa description du labyrinthe est superficielle et incomplète. Il fait terminer la corde du tympan, dont il reconnaît, du reste, la nature nerveuse, dans le muscle du marteau. Il apprécie assez bien le rôle de l'étrier, mais attribue aux canaux semi-circulaires le pouvoir de concentrer le son et de le réfléchir dans la direction du limaçon. Bartoli (del suono, de tremori armonici et dell'udito) est, par contre, assez intéressant à lire parce qu'il réfute les idées fautives de Kirscher et Gassendi sur le mode de propagation des sons graves et des sons aigus, montrant que leur vitesse de propagation est la même, et qu'il considère la trompe comme un appareil de ventilation pour la caisse. Paolo Manfredi n'est pas toujours heureux dans ses remarques ; mais on est obligé de reconnaître qu'il a étudié plus finement que ses prédécesseurs les osselets et leurs connexions ligamenteuses.

En Allemagne, la guerre de trente ans était bien peu propice aux recherches de sciences pures. Aussi ce pays, comme le reconnaît Politzer, ne prend qu'une faible part aux quelques progrès qu'accomplit, dans la première moitié du XVII^e^ siècle, l'étude anatomique du sens de l'ouïe. Vesling était bien d'origine germanique, mais c'est en Italie, à Padoue, qu'il se fit connaître par ses travaux. Ce qu'il dit de nouveau dans son *Syntagma anatomicum* sur le mode de conformation de l'oreille, se réduit du reste à bien peu de chose ; sa description si vantée de l'anneau fibreux du tympan laissait en réalité beaucoup à désirer, tout comme sa description de la caisse et de la chaîne des osselets. Michael Lyser, dans son manuel de l'amphithéâtre, une nouveauté pour l'époque, où il indique les préparations qu'il faut faire dans les différentes parties du corps, indique assez bien le mode de dissection du pavillon, du tympan et de la caisse. Pour arriver à celle-ci, il sacrifiait les parois antéro-latérales (Politzer). De même, il ouvrait l'oreille interne en détachant le promontoire avec une scie fine. Il montre aussi comment on peut avec le ciseau et le marteau libérer les canaux semi-circulaires et pénétrer à leur intérieur. Mais, dit-il, si on s'adresse au nouveau-né, la moindre épaisseur et la moindre résistance osseuse diminuent beaucoup les obstacles qu'on est exposé à rencontrer. Du reste, cet habile professeur ne fait pas de remarques nouvelles, se contentant modestement de celles de ses devanciers. Au contraire, le bâlois Glaser a attaché son nom à la fente osseuse pétro-tympanique.

Cependant Politzer n'a pas pu retrouver une trace de celle-ci dans son ouvrage « *De cerebro* ». S'agit-il d'une dissertation isolée qui ne nous est point parvenue, c'est ce que l'éminent professeur Viennois ne peut décider. Bohn a eu surtout le mérite de détruire, touchant le fonctionnement de l'oreille, un certain nombre d'erreurs de ses contemporains. Ainsi, il a montré que le tympan était toujours tendu par ses muscles pour les sons graves comme pour les sons aigus. Il a considéré la chaîne des osselets comme ayant surtout un rôle conducteur du son. Il ne veut pour le labyrinthe ni de l'aer ingenitus, ni de l'aer implantatus, mais n'arrive pas à reconnaître la présence du liquide dit plus tard de Cotugno. Il admet que le limaçon est surtout le siège de l'audition.

En Suisse, Bonnet signale dans son *Sepulchretum*, plusieurs fois, l'absence de l'étrier dans des cas de surdi-mutité. La surdité pourrait encore résulter suivant lui de l'atrophie de la chaîne des osselets et des malformations de l'enclume. Chez un autre sujet, l'infirmité en question paraissait due à une transformation pierreuse du cérumen, qui bouchait entièrement le conduit auditif; sur le cadavre d'un autre sourd, on trouva la caisse distendue par un liquide visqueux.

En Hollande, Tulpius dans son recueil d'observations cite un cas montrant les effets désastreux sur l'audition de l'occlusion de la trompe. Spiégel dans sa description de l'oreille se borne à reproduire les idées de ses maîtres Fabrice d'Aquapendente et Casserius.

En Danemark, Thomas Bartholin se borne également à copier, en ce qui concerne l'oreille, l'enseignement de ses plus illustres devanciers. Par contre, Sténon aurait mentionné le premier, d'après Politzer, l'existence des glandes cérumineuses du conduit, dans l'opuscule où il donne une peinture si exacte de la parotide (De glandulis oris et nuper observatis, etc.).

En définitive, c'est l'anglais Willis qui, dans cette première moitié du siècle que nous étudions, mérite les plus grands éloges, pour avoir montré exactement les origines apparentes et réelles du nerf auditif, du nerf facial et du nerf accessoire qui porte son nom. Il a mis hors de doute l'idée entrevue par Bohn que le limaçon est le siège de l'audition. Il a montré indépendamment de Méry que les deux rampes du limaçon communiquent ensemble. Enfin il a fait connaître « la paracousie » dite de Willis, dont l'explication a exercé la sagacité de tant d'observateurs par son apparence paradoxale. Ce que dit son compatriote Bacon sur l'audition relève purement de l'hypothèse ou d'emprunts faits à ses devanciers. Il serait inutile d'insister sur cette partie mal venue des œuvres du grand philosophe.

En France, Riolan aurait noté l'ossification assez tardive des différentes parties du squelette de l'appareil de l'ouïe. La portion antérieure du conduit resterait, dit-il, en partie cartilagineuse dans l'enfance, même au delà de la troisième année. Pour lui, l'os lenticulaire de la chaîne des osselets ne serait qu'un noyau osseux sans utilité comme on

en trouve si souvent dans les tendons des muscles. Pour la préparation de la caisse, il recommande de sacrifier le tegmen tympani. Il pense que les cavités internes du labyrintbe n'ont pas de périoste et par conséquent sont insensibles, erreur qui cependant avait été déjà réfutée à son époque. Il attribue enfin un trajet fantastique au nerf auditif qu'il fait sortir par la trompe et qu'il destine à l'innervation du larynx ? La description que Charles Perrault donna de l'organe auditif quelque temps après Riolan, serait beaucoup plus complète et plus exacte. Politzer la considère comme une des meilleures de ce temps malgré les erreurs qu'elle contient. Ses recherches d'anatomie comparée sont des plus intéressantes ; mais il conclut faussement à la mobilité du pavillon chez l'homme, exceptionnelle comme on sait. Il soutient aussi que l'anneau tympanique se confond absolument chez l'adulte avec le temporal, contrairement à ce qu'on observe chez le nouveau-né. Par contre, il décrit très exactement le périoste de la caisse, l'osselet de la fenêtre ovale. Il est moins heureux pour le labyrinthe dont il déclare la dissection très embrouillée et très difficile ; les figures qu'il en donne ne sont pas très exactes, défaut commun à toutes les illustrations de l'oreille interne à cette époque.

Méry a mieux décrit que Casserius les incisures du conduit auditif externe. Il a fait connaître le processus acutus helicis. Il a montré que la caisse n'avait pas la même forme en bas où elle est plus ronde, qu'en haut où elle est plus allongée. C'est lui qui a découvert les capsules articulaires synoviales des osselets. Enfin, indépendamment de Willis qui lui semble un peu postérieur, il aurait prouvé que les deux rampes du limaçon communiquent par un pertuis assez étroit. Ses idées sur la physiologie de l'ouïe ne méritent pas les mêmes éloges que ses recherches anatomiques sur cet appareil sensoriel ; et il en est de même des hypothèses assez semblables préconisées par son contemporain et compatriote, Lamy.

Il nous faut maintenant esquisser le rôle beaucoup plus important de leur grand rival, G. Du Verney, membre comme eux de l'Académie des Sciences de Paris et, de plus, démonstrateur d'anatomie au Jardin royal des plantes, actuellement Muséum. Très laborieux, très érudit, très éloquent, vulgarisateur habile, ses cours, comme on le sait, étaient suivis par les hommes de métier et par les gens du monde, même par les dames de qualité, avec le plus grand empressement. Il inculqua le goût de la dissection à plus d'un grand seigneur et les investigations de ce genre devinrent bientôt une sorte de mode, que nous ont signalée les mémoires du temps. En tout cas, ses efforts furent récompensés par la fondation d'une école, dont les protagonistes principaux furent Dionis, Winslow et Senac. Politzer fait remarquer que ses écrits se distinguent par la concision, l'abondance des remarques originales et l'exactitude des recherches. Ils embrassent une foule d'observations sur des animaux très variés et souvent très éloignés, tels que mammifères, poissons, et l'on peut dire qu'à ce point de vue, il a rendu à la zoologie des ser-

vices inestimables. En un mot, son œuvre « est conçue dans un esprit tout à fait moderne ». Sa description du pavillon est des plus complètes et il signale le premier l'existence du ligament auriculaire et des vaisseaux qui le traversent. Il dépeint avec la même exactitude la longueur, le trajet, le mode de conformation, la structure du conduit auditif externe, notamment l'existence de petites glandes jaunâtres qui, affirme-t-il, sécrètent le cérumen. Il mentionne, après Méry, les incisures de ce canal. Il connaît la brèche de l'anneau du tympan, dite de Rivinus, et insiste même sur cette disposition anatomique. Il a été le premier à parler de la pars tympanica du temporal et du mode d'abouchement des cellules mastoïdiennes dans la cavité de la caisse. Le recessus épitympanique ne lui a pas non plus échappé ; il le figure comme un enfoncement de la cavité principale où sont contenues les têtes du marteau et de l'enclume. Il abouche exactement dans la caisse la trompe d'Eustache, dans la portion pharyngienne de laquelle il aurait rencontré des glandes. Le bourrelet qui ferme ce tube dans le pharynx serait soutenu par un épaississement de sa portion cartilagineuse. Il place l'étrier dans un repli que formerait la muqueuse de la caisse au niveau de la fenêtre ovale. Il a mieux entrevu que ses prédécesseurs la courte apophyse de l'enclume ; mais il nie fautivement le périoste des osselets et le cartilage qui recouvre leurs surfaces articulaires, bien que le contraire eût été soutenu par quelques-uns de ses devanciers.

Son étude du labyrinthe est pour le moins aussi bonne que celle qu'il a donnée de l'oreille moyenne. Il a montré très exactement le mode d'abouchement des canaux semi-circulaires dans le vestibule, et a indiqué nettement leurs directions réciproques. On a depuis longtemps mis en relief ce qu'il a écrit sur le limaçon, dont il a entrevu nettement l'architecture si curieuse. Il a commencé à débrouiller son mode d'innervation et de vascularisation. Il a poursuivi les ramifications du nerf auditif jusque sur la lamina spiralis. Il admettait que ce dernier venait se terminer dans la membrane dont il avait reconnu indubitablement la présence dans les différentes cavités du labyrinthe. Rattel, son historien, rapporte que Du Verney reconnut souvent l'existence, dans l'intérieur de celui-ci, d'un liquide visqueux dont il ne sait pas malheureusement affirmer la présence constante, ainsi que le fera plus tard Cotugno.

Ses idées sur la physiologie seraient également, d'après Politzer, des plus remarquables et cadreraient bien souvent avec celles développées plus tard par Helmholtz. Pour lui, le tympan est très utile à l'audition, mais point indispensable ; ses différents états de tension lui permettraient de s'adapter à toutes les vibrations possibles de l'air. Il y aurait donc phénomène actif d'accommodation ; mais celle-ci serait involontaire (réflexe) et s'accomplirait par l'action du muscle du marteau. Les sons se transmettraient exclusivement à l'oreille par la chaîne des osselets. Le muscle de l'étrier approprierait le dit étrier à la grandeur des vibrations sonores. Comme pour le tympan, il y aurait phénomène d'accommodation (théorie actuelle d'Ostmann). Pour lui,

l'oreille interne sert surtout à distinguer et à apprécier les différentes valeurs du son. La perception auditive aurait lieu au niveau de la lame spirale du limaçon. Comme la largeur de la rampe du limaçon va en diminuant, cette largeur s'accommoderait pour la résonnance par une de ses portions avec les sons graves, et par l'autre, la plus étroite, avec les sons aigus. Quant aux vues de l'auteur sur la pathologie de l'organe, elles sont loin d'être aussi exactes que les précédentes, parce qu'il lui manquait les données cliniques que nous possédons actuellement. Comme les iatrochimistes de l'époque [1], il fait jouer un grand rôle à l'âcreté des sels dans la pathogénie de l'otalgie. Sa description des ulcères de l'oreille est fantaisiste, bien qu'il s'élève contre le rôle des vers affirmé par Forest et par Schenkius. Il admet ici encore les données de l'iatrochimisme, c'est-à-dire l'âcreté et la corruption des sels de la lymphe. Par contre, il rejette définitivement le point de départ central de l'otorrhée. « J'ai ouvert l'oreille de plusieurs enfants dont la caisse était pleine de boue; cependant, je n'ai jamais trouvé ni dans le cerveau, ni dans l'os pierreux, aucune mauvaise disposition. » Ainsi était réfutée l'opinion de ceux qui, en présence de certains écoulements fétides, concluaient trop facilement à la carie du temporal. Dans la pathologie du tympan, il distingue des excès de relâchement, de tension, des épaississements, des perforations. Comme conséquence de ce que nous appelons actuellement l'otite moyenne, Du Verney aurait vu souvent la carie osseuse avec fistule permanente. Il ne sait pas du reste distinguer les suppurations du labyrinthe, de la caisse ou du conduit et il n'hésite pas à l'avouer. En fait de maladie du nerf auditif, il distingue l'obstruction (ou fluide nerveux) et la compression. Les bourdonnements seraient dus à une inflammation des cavités de l'oreille, à un trouble du cerveau ou même de toute l'économie (anémiques).

Schelhammer, un contemporain allemand de Du Verney, étudia avec assez de succès la structure de l'oreille, mais sans cependant qu'on puisse comparer les rôles de ces deux hommes, même de loin. Ses remarques les plus originales ont porté sur la physiologie. Ainsi que certains auteurs récents, il regarde le tympan comme un appareil protecteur, d'accommodation et non comme un organe de transmission du son. La chaîne des osselets serait également inutile à l'audition; elle ne servirait qu'à permettre au tympan de maintenir sa situation contre le flot d'air qui pénètre dans la caisse par la trompe.

Après ces deux auteurs, Politzer examine successivement un certain nombre de traités de médecine où l'otologie est traitée d'une façon plus ou moins indépendante. Sylvius de le Boe est un iatrochimiste dont les écrits ont déteint sur Du Verney, ainsi qu'il a été vu plus haut. Dans les collections d'observations de L. Rivière, de Montpellier, on voit un cas de surdité par lésion cérébrale. Cet écrivain a insisté sur le rôle pathogénique, dans cette infirmité, de l'atrésie du

1. L'iatrochimisme était alors la théorie d'apparence la plus scientifique.

conduit auditif externe. Zacutus Lusitanus dit avoir amélioré l'ouïe chez un jeune homme, en guérissant l'oreille d'un ulcère dont elle était depuis longtemps atteinte. Sennert fait jouer un grand rôle à la replétion des artères de l'oreille, à l'absence du fluide vital dans les cavités de l'oreille ou dans le nerf auditif. Il a signalé nettement la grande fréquence de la surdité acquise pendant l'enfance. Schneider a rejeté délibérément, comme le fera plus tard Du Verney, l'origine cérébrale de l'otorrhée. Celle-ci ne peut, dit-il, s'établir qu'à travers une perforation du tympan. Sa thérapeutique serait assez rationnelle. Ethmuller est un iatrochimiste décidé. Il incrimine comme cause de surdité les affections du conduit de la caisse, du labyrinthe et du nerf auditif. Il a mentionné des convulsions de la chaîne des osselets qui coïncidaient avec des convulsions généralisées de l'économie. On verrait aussi celles-ci également chez les hypocondriaques et les hystériques. Il incrimine l'action nocive de la syphilis sur l'ouïe. Le délire serait d'un pronostic très défavorable, suivant lui, quand il survient au cours d'une affection auriculaire aiguë.

(A suivre.)

VII. — RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

I. — Démonstration d'une tuberculose primitive de l'amygdale [1].

Par **GORIS** (de Bruxelles).

Le côté intéressant de cette courte observation est qu'il s'agit d'une affection très rare : la tuberculose primitive de l'amygdale.

La patiente, jeune femme de 23 ans, institutrice, vint me trouver en avril dernier pour un mal de gorge durant depuis quelque temps.

Les amygdales semblaient simplement hypertrophiées : je les cautérisai par quatre fois fortement au galvano-cautère. Les brûlures ne se guérirent point, mais se recouvrirent d'un tissu de granulations très douteux. Leur apparence me porta à soupçonner qu'il pouvait

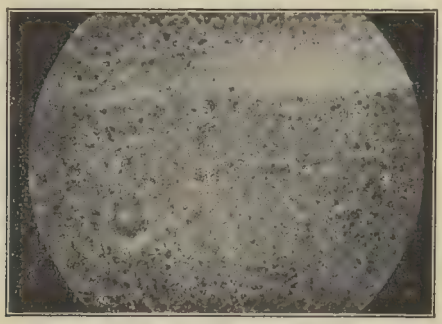


Photo A.

bien y avoir de la tuberculose comme point de départ à l'hypertrophie tonsillaire. Je priai le prof. Denys, de Louvain, d'examiner la poitrine de la patiente : l'examen fut négatif. L'examen des crachats n'était pas possible, puisque la malade ne toussait, ni ne crachait. Du reste, l'état général était fort bon et ne faisait guère penser à la tuberculose. J'eus recours à l'épreuve à la tuberculine : 1 millig. de l'ancienne tuberculine en injection hypodermique produisit une réaction générale et locale, très intense, qui dura quatre jours et où la fièvre atteignit 39°7.

L'examen microscopique d'un morceau d'amygdale que j'enlevai au galvano-cautère fut soumis à l'examen de M. le Dr Havet, professeur d'histologie à l'Université de Louvain. J'exprime ici à mon très estimé confrère tous mes remerciements pour l'amabilité avec laquelle il voulut bien examiner, décrire et photographier les préparations de la tumeur.

La Photog. A montre un tubercule dans la partie centrale, la plus

1. Communication à la Société allemande de laryngologie à Heidelberg, juin 1908.

claire, contient quatre cellules géantes G, dont les noyaux sont disposés en couronne à la périphérie des cellules ou accumulés à l'un des pôles de la cellule (Phot. B-GN).

Autour des cellules géantes se trouve un tissu de cellules épithé-

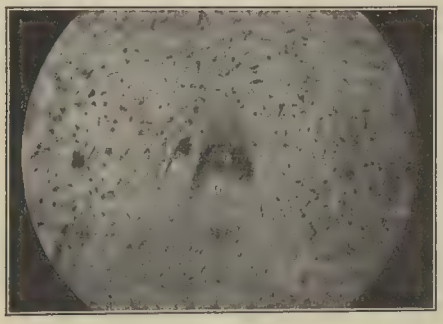


Photo B.

loïdes (Phot. B-1). Enfin, autour de ce tissu de cellules épithéloïdes, l'on voit des tas de cellules à noyaux ronds (Phot. B-2).

Toutes les recherches pour découvrir des bacilles dans ces préparations sont restées infructueuses.

II. — De l'ictus laryngé ; Complication de la coqueluche chez l'adulte.

(*Note complémentaire.*)

Par **Charles JOURDIN** (de Dijon).

Dans un article paru dans le dernier numéro des *Archives de laryngologie*, nous émettions l'avis que l'ictus laryngé devait être, dans la coqueluche, une complication beaucoup moins rare que ne pouvait le faire croire le très petit nombre d'observations publiées jusqu'alors en France. Les hasards de la clinique semblent vouloir nous donner raison, puisque nous venons d'en constater un troisième cas, dont nous nous empressons de publier l'observation.

Observation VI. — Personnelle. — M. D., 49 ans, cultivateur à Frolois, nous est amené le 24 novembre dernier par notre excellent confrère, le Dr Dubard, qui savait que nous nous intéressions à la question de l'ictus laryngé dans la coqueluche. Ce malade était venu le consulter pour des quintes de toux datant de la fin d'octobre. N'ayant jamais eu la coqueluche dans son enfance, il venait d'être contagionné par ses deux enfants, un garçon de 9 ans et une fille de 18, atteints tous les deux.

C'est un arthritique, au teint couperosé. Il n'est pas éthylique, ne semble pas nerveux et n'a jamais eu auparavant de perte de connaissance.

Un après-midi des premiers jours de novembre, pendant une quinte, étant assis dans son tombereau, il perd une première fois connaissance et s'affaisse. La durée de la perte de connaissance avait été extrêmement courte ; pas de morsure de la langue, pas d'émission d'urine. Trois autres ictus laryngés succédèrent au premier, dans l'intervalle d'une semaine : le deuxième le surprit dans son étable, après le déjeuner ; il était debout, eut une quinte accompagnée de picotements à la gorge, perdit connaissance et se retrouva étendu sur sa litière. Les deux derniers survinrent pendant son déjeuner, dans la position assise. La face était très congestionnée. Fait à remarquer : son larynx devait être, à cette période, dans une poussée inflammatoire, car il existait de l'enrouement, actuellement disparu.

Depuis cette époque, il a encore des quintes, mais l'ictus ne s'est pas reproduit.

Les cordes vocales sont rosées sur leurs bords et à leur partie postérieure. L'examen laryngoscopique est rendu difficile par des réflexes pharyngés intenses. Il existe des râles de bronchite.

Conclusions. — Nous pensons que le syndrome *ictus laryngé* n'est pas aussi rare qu'on le croit, comme complication des affections des voies respiratoires. Il passe ordinairement inaperçu parce qu'on n'y songe pas et qu'on le confond avec la syncope banale. Si au contraire, on le recherche systématiquement et qu'on questionne sérieusement ses malades, on le découvre aisément. Ce qui le prouve, c'est que Garel et Collet, dans leur mémoire (*loc. cit.*) ont pu en réunir trente-trois observations personnelles, et que nous-même, depuis deux mois, en avons constaté deux cas : l'observation que nous venons de publier et un autre cas relatif à un homme de trente-trois ans, forgeron, éthylique, obèse et arthritique qui, atteint de laryngite chronique avec toux quinteuse, perdit brusquement connaissance dans un accès de toux, consécutif à un éclat de rire. Cet ictus resta unique.

Il est un autre fait sur lequel nous désirons appeler l'attention, c'est l'existence presque constante de lésions laryngées. Nous avons trouvé des symptômes de laryngite dans les trois cas d'ictus laryngé, où nous avons pu pratiquer la laryngoscopie. Aussi avons-nous tendance à attribuer à cette inflammation locale l'hyperesthésie spéciale du laryngé supérieur, point de départ du syndrome.

VIII. — VARIÉTÉ

CRUVEILHIER

Son rôle en nosologie laryngée.

Par **C. CHAUVEAU**

Au cours du XVIII[e] siècle, une grande partie des progrès accomplis en médecine l'ont été grâce aux investigations nécropsiques. Ceci est vrai notamment pour la pathologie laryngée créée, on peut presque le dire, grâce aux recherches de Morgagni, le grand anatomopathologiste. Au XIX[e] siècle, il en fut de même pendant toute la période pré-spécialistique, c'est-à-dire avant l'introduction du miroir, qui permit enfin, comme pour la bouche et l'oropharynx, de constater *de visu* sur le vivant les lésions en train d'évoluer.

C'est grâce aussi à l'inspection cadavérique qu'un français, Cruveilhier, fit connaître une des formes les plus intéressantes de périchondrite, la nécrose du cartilage cricoïde. Cet auteur ne lui donna point du reste l'appellation sous laquelle le mal est aujourd'hui connu. Il la nomma laryngite sous-glottique, parce qu'en effet, une grande partie des phénomènes observés ont, de par leur topographie, leur siège au-dessous des cordes vocales inférieures[1]. Mais, en lisant attentivement l'article du *Dictionnaire en 15 volumes*, où l'écrivain esquisse le nouveau type morbide, aucune erreur n'est possible sur la véritable nature de celui-ci. Bien que Cruveilhier ait enrichi la pathologie de l'organe phonateur d'un assez grand nombre de remarques qui ont leur intérêt et même leur importance, c'est surtout parce qu'il a esquissé une des variétés les plus caractérisées et les plus fréquentes de la nécrose des cartilages laryngés qu'il mérite de fixer ici notre attention.

Périchondrite du cricoïde (laryngite sous-muqueuse de l'auteur). — Bien que le terme dont se sert l'écrivain soit un peu fautif, le fait essentiel qui caractérise le processus morbide ne lui échappe point. L'inflammation, dit-il, qui siège au-dessous de la glotte a pour résultat « la nécrose du cartilage cricoïde ». Il admet bien, avec la majorité des anatomopathologistes de l'époque, que celle-ci dérive, comme pour les autres pièces du squelette laryngé, d'une phlegmasie chronique, mais il soutient, avec raison du reste, que parfois l'inflammation qui lui donne naissance a une allure plus rapide ; de là une forme aiguë et une forme chronique, bien distinctes l'une de l'autre. Chose intéressante, la première observation sur laquelle s'appuie Cruveilhier pour faire l'histoire de sa laryngite sous-muqueuse avait été rapportée dans une des premières éditions de son traité d'anatomie pathologique, sous l'appellation de nécrose du cartilage cricoïde qui était tout à fait exact. Il s'agissait d'un jeune Suisse entré à la maison royale de santé, dans le service de Duméril,

1. Il mettait, d'autre part, celle-ci en opposition avec une affection de tout autre caractère et de tout autre origine, l'œdème de la glotte, connu alors sous le nom de laryngite sus-glottique.

pour une pneumonie. A peine convalescent, il se plaint d'une vive douleur au larynx, avec dyspnée, cornage, crises de suffocation, voix et toux croupales. Mort par asphyxie au milieu d'un accès, le quinzième jour des déterminations laryngées. A l'autopsie, on constate une saillie à la partie inférieure de la face postérieure du larynx ; le cartilage cricoïde est dénudé dans les deux tiers environ de sa circonférence, sa gaine celluleuse est pleine de pus. Le tissu cartilagineux est corrodé, perforé et comme aminci. Les cartilages aryténoïdes ne peuvent plus s'articuler avec les débris de celui-ci. Les muscles du voisinage (aryténoïdiens, crico-aryténoïdiens, thyro-aryténoïdiens) sont ramollis, dissociés.

Dans le deuxième cas, les faits évoluèrent d'une façon assez semblable. Au cours d'une entérite folliculeuse (probablement une fièvre typhoïde méconnue), le sujet est pris, au moment de la convalescence, de raucité de la voix, mais sans troubles respiratoires bien apparents, quand, subitement, il meurt au milieu d'un accès de suffocation terrible. Ici, les lésions, peu accentuées du côté du cricoïde, existaient déjà du côté de l'aryténoïde droit complètement nécrosé. Il y avait un abcès volumineux à droite du côté de la glotte. Ce fait n'étant pas par son siège du ressort de ceux qu'il étudie, l'auteur ne le fait pas rentrer dans sa statistique et n'en parle que pour mémoire, à cause de sa similitude étiologique avec l'observation précédente.

La suivante y rentre bien au contraire, mais dépourvue malheureusement d'histoire clinique. Ce fut une surprise d'amphithéâtre. « Un élève des hôpitaux m'apporte un beau cas, dit Cruveilhier, de perforation de l'œsophage. Quel n'est pas mon étonnement de retrouver trait pour trait la nécrose du cartilage cricoïde, telle que je viens de la décrire, mais moins avancée. Le pus s'était fait jour en arrière et à droite et avait pénétré dans l'œsophage par une ouverture assez large. Pour tout renseignement, je recueillis que ce malade avait succombé à un accès de suffocation analogue au croup. »

Le troisième cas appartient à Bouillaud qui n'en avait pas reconnu la véritable nature. Il le considérait comme un asthme de nouvelle espèce ayant déterminé la mort par désorganisation complète des muscles dilatateurs de la glotte et de leurs nerfs, tandis que les muscles constricteurs jouissaient en apparence de toute leur intégrité. Le sujet, âgé de 22 ans, convalescent d'une fièvre putride (typhoïde), fut pris d'un enrouement et d'une dyspnée permanente, avec tendance à l'étouffement au moindre effort. Toux râpeuse avec violentes douleurs à la gorge. Le lendemain, cornage bruyant, accès de suffocation effrayants. Le troisième jour, les accès s'exagèrent et le malade meurt au milieu d'un de ceux-ci, le quatrième jour après le début des accidents laryngés. A l'investigation cadavérique, on trouva, en arrière de l'organe phonateur, une vaste poche purulente, de quoi loger une noix, avec dénudation et altération prononcée du cartilage cricoïde. Les muscles crico-aryténoïdiens étaient ramollis et presque verdâtres.

La quatrième observation citée par Cruveilhier fut recueillie par Ripault, interne du service de Bailly et communiquée par lui à la Société anatomique. Elle concerne un sujet de 23 ans, sujet au prurigo, qui entra à l'Hôtel-Dieu pour une toux violente avec dyspnée, survenues à la suite d'un refroidissement. A son entrée, crises effrayantes de suffocation qui se renouvelèrent avec une persistance désespérante. Trachéotomie, mort 6 jours après l'opération, avec

des symptômes d'engouement pulmonaire, avec point de côté droit. A l'ouverture du cadavre, en outre d'un vaste abcès pulmonaire droit avec épanchement pleurétique concomitant, on put voir la paroi antérieure de l'œsophpge perforée. Un fragment du cricoïde presque détruit s'était engagé par cette ouverture.

S appuyant sur tous ces faits cliniques, Cruveilhier, en outre du siège précis du mal, de la nécrose du cartilage cricoïde, de l'empâtement et de l'infiltration des parties molles voisines, insiste sur les deux modes d'ouvertures possibles : œsophagien ou intralaryngé. Dans ce dernier cas rentrerait, suivant lui, l'observation due à Valsalva et rapportée par Morgagni (*Ep.* XV 13), d'expulsion spontanée de morceaux de cartilage ossifiés et celle de Hunter rapportée par Cruishank (*Anatomie des vaisseaux absorbants*, p 277), d'après laquelle un individu qui avait expectoré du pus et du sang plusieurs mois et qui était considéré comme phtisique fut guéri après avoir craché un corps solide qu'on reconnut pour être la base du cartilage cricoïde calcifié.

Quant au *tableau morbide*, « les symptômes de la laryngite sous-glottique sont tous ceux de la suffocation par rétrécissement du larynx. Les seules différences résultent du siège, le tissu cellulaire sous-muqueux de la région sous-glottique étant moins lâche et par conséquent moins susceptible d'infiltration que celui de la région sus-glottique La marche de la maladie est donc moins rapidement mortelle : elle peut même se présenter sous la forme chronique, tandis que la laryngite sus-glottique est toujours entièrement aiguë. La topographie du mal explique encore et le siège de la douleur qui occupe la partie inférieure du larynx et la gêne dans la déglutition moindre que dans la laryngite sus-glottique. D'ailleurs, une gêne constante dans la respiration, des accès de suffocation dont la cause réside évidemment dans le larynx, des quintes de toux sifflante avec décomposition des traits et suffocation imminente, la mort pendant un accès, voilà le tableau de la laryngite sous glottique aiguë. »

Comme étiologie, *la forme aiguë* souvent secondaire et survenant alors au cours de la pneumonie, de la fièvre typhoïde, par exemple, «pou rait sembler due parfois à un refroidissement et semblerait primitive. Le seul traitement rationnel serait la trachéotomie supérieure.

Tous ces traits seraient affaiblis et l'allure du mal infiniment plus lente dans ce que Cruveilhier appelle la *forme chronique* de la laryngite sous-glottique. Il en rapporte un bel exemple concernant une femme de 40 ans atteinte manifestement de syphilis tertiaire avec gommes caractéristiques du tibia. La respiration était difficile et la voix altérée. Le traitement spécifique n'amena qu'une amélioration passagère. Des accès terribles de dyspnée survinrent pendant quelque temps à intervalles assez courts; mort au milieu d'un de ceux-ci. A l'autopsie, on constata que le cricoïde très induré et très épaissi était soudé à la muqueuse laryngée très tuméfiée à son niveau. L'empâtement avait envahi les cordes vocales inférieures qui étaient méconnaissables. Au centre de ces callosités existait un petit pertuis pour le passage de l'air jusqu'aux poumons. (*A suivre.*)

REVUES ET COMPTES RENDUS

I. — SOCIÉTÉS SAVANTES

I. — *XII^e CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ITALIENNE DE LARYNGOLOGIE, OTOLOGIE ET RHINOLOGIE*

Président : Prof. Nicolaï.

Compte rendu par Piolti (de Turin) et Massier (de Nice).

Sur deux symptômes de lésion du nerf récurrent (brachycardie et anesthésie du vestibule), par le prof. T. Mancioli (de Rome). — La brachycardie serait due à un tiraillement indirect du nerf vague. Le ralentissement du pouls a été obtenu par l'auteur avec des tiraillements minimes du nerf, avant l'apparition de troubles moteurs du larynx.

En ce qui concerne le symptôme de Massei, l'auteur dit l'avoir rencontré dans tous les cas cliniques qui se sont présentés à son examen. Il l'a ensuite provoqué expérimentalement chez 10 chiens. Il a chez ces animaux coupé, comprimé ou tiraillé l'un ou les deux récurrents. 5 ou 15 jours après il observa chez tous les chiens de l'anesthésie du vestibule laryngien. L'auteur pense que ce phénomène est dû à une névrite qui du récurrent monte au ganglion plexiforme et de celui-ci descend au laryngé supérieur.

Abcès otique du lobe temporo-sphénoïdal gauche opéré et guéri depuis plus d'un an, par le prof. C. Poli (de Gênes). — Le cas se rapporte à une jeune fille de 17 ans qui souffrait depuis son enfance d'otite moyenne suppurée gauche.

Dans l'évolution de ce cas l'auteur envisage trois périodes : 1° Une période d'invasion de l'infection encéphalique caractérisée par l'apparition de la fièvre et d'un frisson, de douleurs à l'oreille et de céphalée ; 2° une période d'arrêt durant laquelle tous les phénomènes généraux et locaux semblent disparaître pendant que débutent les symptômes destinés à déterminer l'aphasie amnestique (la malade ayant à passer un examen oral ne put à sa grande surprise et par le fait d'un trouble mental répondre aux questions); 3° une troisième période de manifestation de l'abcès caractérisée par l'explosion d'accès convulsifs, de réascension de la fièvre et d'aphasie des faits absolue.

L'opération consista à ouvrir toutes les cavités de l'oreille moyenne ; on découvrit une carie du toit de l'antre et de la caisse qui conduisait sur une surface dure-mérienne brun verdâtre. Une incision plus profonde faite le jour d'après permet de donner issue à environ 50 cc. de pus jaunâtre fétide, mélangé de sang venant du lobe sphénoïdal. La guérison s'ensuivit.

Valeur clinique des crachats sanguinolents chez les enfants, par le prof. C. Poli (de Gênes). — Il n'est pas rare de constater chez

des adolescents de 15 à 25 ans des crachats sanguinolents, et même de véritables hémoptysies qui selon les auteurs sont dues à des ruptures vasculaires au niveau de la partie postérieure du pharynx ou de la base de la langue. On a invoqué aussi des hémorragies des amygdales linguales ou pharyngées. D'après Poli, le phénomène réside dans des conditions spéciales de la région, au cours de l'adolescence, et serait dû à un processus d'involution d'un état hypertrophique du tissu lympho-adénoïde. Il est en effet facile de reconnaître chez ces sujets des stigmates adénoïdiens : insuffisance nasale respiratoire, conformation du palais, etc. D'autre part des observations anatomo-pathologiques faites sur l'amygdale pharyngée dans la période d'involution ont démontré que, dans la diminution graduelle du tissu adénoïde, il y a un développement plus accentué du réseau lymphatique que du niveau sanguin. Si l'on considère en outre que le défaut de développement thoracique des adénoïdiens favorise une mauvaise circulation, spécialement du côté de la tête, on comprend que dans ces conditions et pour des causes occasionnelles (époques menstruelles, abus vénériens, etc.) il se produira des ruptures vasculaires des petits vaisseaux ectasiés de la muqueuse pharyngée.

Résultats de l'examen préventif de l'oreille chez les travailleurs sous pression, par le prof. C. Poli (de Gênes). — Résultats de l'observation de 392 ouvriers des cloches à plongeur du port de Gênes. La pression est de 0,70 à 1,5 atmosphère, correspondant à une profondeur variant entre 7 et 13 mètres. L'âge moyen des ouvriers est de 30 à 40 ans. 205 étaient habitués à des travaux sous pression; 187 étaient nouveaux dans ce métier.

La perception auriculaire était reconnue bonne au-dessus de 7 à 8 mètres pour la voix chuchotée, passable vers les 4 à 5 mètres, insuffisante au-dessous de 4 mètres.

Chez les 205 individus habitués aux travaux sous pression, 29 avaient une bonne audition (14, 1 %); 146 passable (71 %); 30 insuffisants (14, 6 %). Chez les nouveaux ouvriers, 36 bonne (19, 8 %); 137 passable (74, 9 %); 14 insuffisants (7, 6 %).

Le travail sous pression manifestait son action sur l'oreille par des troubles objectifs (audition inférieure à 2 mètres) et subjectifs (bruits et vertiges même avec audition bonne); et de ce fait 30 nouveaux ouvriers et 8 des anciens furent déclarés inaptes à ce travail. Les troubles auriculaires ont été en somme peu fréquents en raison de la sélection faite parmi les cas et aussi sur l'examen méthodique fait chez tous ces sujets, examen dont l'influence moralisatrice a fait diminuer les cas fréquents de simulation et d'exagération.

Un troisième cas de syndrome de Gradenigo, par le prof. Citelli. — Apparition d'une paralysie de la 6e paire au troisième mois d'une otite moyenne aiguë. L'auteur pratique une ouverture de la mastoïde,

de la fosse cérébelleuse, de la fosse cérébrale moyenne, mais il ne trouve rien. La ponction lombaire donne un liquide céphalo-rachidien normal. Devant ces résultats négatifs, l'auteur admet la théorie réflexe ; l'apparition tardive d'une infiltration latéro-pharyngienne correspondante fait pencher pour une cellulite de la pointe.

L'auteur combat la tendance que l'on a depuis deux ans à transformer ce syndrome en une maladie propre et il propose de maintenir la dénomination de syndrome de Gradenigo par lequel on désigne tous les cas qui présentent la triade symptomatique décrite à ce jour.

Une nouvelle méthode de préparation microscopique des pièces d'examen de l'oreille moyenne et interne, par le prof. Citelli. — L'auteur se sert de temporaux enlevés frais du cadavre qu'il fixe dans la formaline à 10 °/₀ et qu'il décalcique dans une solution d'acide nitrique à 4-5 °/₀. Après lavage à l'eau courante on enlève toutes les parties molles et osseuses inutiles à la préparation. Avec un bistouri large, on pratique une section verticale d'avant en arrière qui, aprés avoir divisé en deux la trompe osseuse, la caisse tympanique et la mastoïde, s'arrête sur la corticale externe de celle-ci. L'on a ainsi deux portions. La superficielle ou latérale plus mince présente la membrane tympanique, les osselets, la corde du tympan, etc. ; sur la portion profonde ou moyenne, on voit la paroi labyrinthique de la caisse avec toutes ses particularités, la trompe, les cellules mastoïdiennes avec leurs rapports avec les sinus, le golfe de la jugulaire, la carotide interne. On pourra de plus en grattant légèrement, mettre à découvert le limaçon, les canaux semi-circulaires, le vestibule, les segments et les diverses branches du facial.

Cholestéatome de l'oreille moyenne avec abcès cérébelleux formé à travers l'aqueduc du vestibule, par le prof. C. Citelli. — Un enfant de 12 ans opéré trois ans avant de simple mastoïdotomie se présente d'urgence à l'hôpital pour des vertiges violents, des vomissements, de la céphalée et de la paralysie faciale correspondante. Opéré le lendemain avec le diagnostic pyolabyrinthite, l'auteur trouve un volumineux cholestéatome qui arrive jusqu'à la pointe de la mastoïde ; une petite fistule du canal semi-circulaire externe qui élargie ne donne pas issue à du pus. On ouvre la fosse cérébelleuse et la fosse cérébrale moyenne que l'on trouve normales, sans explorer le cervelet. Amélioration pendant quelques jours, puis aggravation rapide et mort.

A l'autopsie, on trouva : 1° abcès cérébral au pôle postéro-moyen ; 2° une tache nécrosée de substance cérébrale en relation avec le point ou le cervelet repose sur l'aqueduc du vestibule ; 3° méningite séreuse ventriculaire ; une tache de pachyméningite sur la face postérieure de la pyramide. Dans le pus du cervelet on trouva le streptococcus mucosus. Donc la voie principale suivie par le pus pour gagner le crâne fut l'aqueduc du vestibule.

Un cas d'abcès de la pointe de la mastoïde avec abcès profond du cou dû à une périsinusite, par le Prof. Citelli. — Cas d'abcès de la pointe avec énorme abcès profond du cou et abcès latéro-pharyngien dû exclusivement à une périsinusite du sinus sigmoïde. L'auteur insiste sur la fréquence de ces abcès que l'on ne doit pas confondre avec des abcès consécutifs aux mastoïdites de Bezold.

Mucocèle frontale suppurée traitée par la méthode proposée l'année dernière par l'auteur (obturation du sinus avec la paraffine aseptique et antiseptique), par le Prof. Citelli. — Il s'agit d'un adulte porteur d'une mucocèle frontale gauche suppurée avec une fistule sus-palpébrale. Dans un premier temps, ouverture large et curetage du sinus; tamponnement à la gaze après insufflation d'iodoforme; pansement quotidien pendant 7 jours. Comme la fistule persistait, l'auteur remplit la cavité, après insufflation d'iodoforme avec de la paraffine à 46° stérilisée et mêlée à 15 °/₀ d'iodoforme ; ensuite il suture la plaie cutanée. Guérison en 7 jours.

Trois cas de gangrène primitive des amygdales, par le Prof. Citelli. — Publié *in extenso* dans les *Archives Internationales de Laryngologie*, n° de janvier-février 1909.

Pyohémie otique avec abcès métastatiques multiples, par le prof. C. Poli (de Gênes). — Il s'agit d'un homme de 32 ans qui fit de l'otomastoïdite aiguë droite opérée. Sept jours après l'opération qui ne permit de constater que de la mastoïdite congestive et l'intégrité du sinus latéral, la température s'éleva brusquement et se maintint autour de 38°-39° pendant une vingtaine de jours. Puis apparition d'une série d'abcès aux articulations supérieures, au sacrum, à l'articulation sterno-claviculaire droite et à la cuisse droite. Les abcès furent incisés et donnèrent issue à une grande quantité de pus. Le genou et l'articulation tibio-tarsienne droits, l'articulation de l'épaule gauche présentèrent un peu de gonflement sans suppuration. Le pus contenait du streptococcus et du pyocyaneus. Ce dernier microbe fut trouvé dans le pus de la cuisse. Le malade guérit après une longue convalescence.

Ce cas reproduit exactement la description donnée par Körner sous la dénomination d'ostéomyélite du temporal.

L'intérêt réside dans l'observation actuelle, dans la chute de la température immédiatement après l'opération et la réapparition de la fièvre et des phénomènes pyohémiques sept jours après seulement. Peut-être même l'invasion des germes septiques date-t-elle d'avant l'opération. La présence du bacille pyocyanique en association avec le streptocoque paraît confirmer l'opinion de Voss sur le caractère pathogène du pyocyaneus dans quelques cas spéciaux.

Expertises médico-légales dans les affections auriculaires des accidents du travail, par le prof. Ostino (de Florence). — Tout d'abord, l'auteur commence à établir la signification de la locution : accident du travail et maladies professionnelles. Puis il parle des certificats médicaux et plus spécialement des expertises qui ressortent du domaine de l'otologiste, c'est-à-dire 1° pour établir le pronostic d'une lésion auriculaire ; 2° dans le cas de contestation entre le blessé et la compagnie d'assurances au sujet des dommages-intérêts à accorder ; 3° dans le cas de contre-expertises. Pour l'expert otologiste, l'auteur propose comme guide le modèle de Passow : généralités (prénoms, noms, etc.) ; anamnèses (hérédité, maladies, description de l'accident) ; état présent, examen fonctionnel (voix aphone, voix haute, diapason, examen de l'appareil vestibulaire, examen électrique de l'acoustique, etc.) ; examen des autres organes et fonctions ; diagnostic, déductions médico-légales avec considération.

L'auteur émet le vœu que : 1° dans tous les traumatismes de la tête il soit fait un examen objectif et fonctionnel de l'oreille immédiatement après l'accident ; 2° que ces examens soient faits par un otologiste ; 3° qu'ils soient fréquents et répétés dans l'intérêt même des deux parties en cause.

Expertises médico-légales des affections de l'organe acoustique dans les assurances sur la vie, par Mancioli (de Florence). — Les compagnies d'assurance n'établissent pas suffisamment les conditions que doit avoir l'organe auditif. Il serait bien simple de poser la question ainsi : « L'organe auditif est-il normal ? si non, quelles altérations présente-t-il » ? L'otorrhée doit être étudiée dans tous ses éléments en raison des complications et des accidents qui peuvent naître de sa présence. Il faut un examen otoscopique pour déterminer le siège de la perforation, les cicatrices, etc. Cependant l'otorrhée n'entre pas dans une grande proportion dans les cas de mort 1/2 °/₀ environ.

Au sujet de la surdité, il faut s'enquérir non seulement du degré de la surdité, mais aussi de la cause qui l'a produite et des inconvénients qu'elle peut avoir dans la profession du malade. Politzer conseille d'admettre les sourds par troubles du labyrinthe. L'auteur dit qu'il n'est pas prudent d'assurer ces malades dont la surdité peut devenir totale avec des associations morbides probables telles que le syndrome de Menière. Pour les surdités de l'appareil de transmission, il ne faut pas les exclure rigoureusement car elles peuvent s'améliorer par un traitement bien conduit. Sont exclus les hyperplastiques et les syphilitiques (par hérédité).

Abcès profond du cou consécutif à une amygdalite chronique réchauffée, par le prof. Tommasi (de Lucques). — Homme de 48 ans, facès adénoïdien ; fait de l'amygdalite chronique lacunaire à poussées subaiguës. Après un bain de mer, pharyngite, amygdalite, adénite

profonde avec phénomènes généraux graves. Opération d'urgence. Guérison en 8 jours.

Un troisième cas de paralysie de l'abducteur au cours d'une otite moyenne aiguë purulente. Mastoïdectomie ; guérison, par Tommasi (de Lucques). — Au sujet de ce cas, l'auteur observe que la pathogénie en est encore obscure et son opinion est qu'elle est due aux toxines qui atteignent de préférence le tronc de la VI[e] paire produisant la paralysie.

Démonstration de la méthode pratique de l'épreuve des diapasons et de la détermination du pouvoir auditif, par Tommasi (de Lucques). — L'auteur fait l'éloge de la méthode de Stefanini-Gradenigo qui offre l'avantage d'avoir l'intensité initiale du son, toujours proportionnée au poids nécessaire pour exciter le diapason et il énumère toutes les précautions qu'il faut prendre afin que les déterminations ne donnent de résultats erronés. Il explique ensuite la méthode qu'il emploie dans l'examen du pouvoir auditif des malades. Il a réuni, après examen de 57 diapasons de fabrications diverses, des diapasons en 3 groupes : 1° diapasons à branches grosses prismatiques sans curseur ; 2° diapasons avec curseur ; 3° diapasons avec branches minces et curseur d'extinction à ses extrémités. La connaissance de ces divers diapasons et de l'affaiblissement du son dans chacun d'eux facilite l'expérience.

Blessures d'armes à feu de l'oreille, par Maltese (de Turin). — 1[er] cas ; le projectile pénètre dans le crâne par le toit de l'antre. Après le traumatisme, symptômes insignifiants ; mais par la suite, céphalées, vomissements, fièvre, troubles qui disparaissent avec le repos et que l'auteur attribue au déplacement du projectile enfoncé en pleine masse cérébrale, causé par les fatigues d'un long voyage fait par le malade. Dans le deuxième cas le projectile s'arrête au niveau de l'apophyse ptérygoïde droite fracturant la paroi inférieure du conduit auditif osseux. Symptômes : Surdité complète, œdème de la moitié droite du pharynx, paralysie faciale, névralgie du trijumeau, limitation des mouvements de la mâchoire. Extraction du projectile impossible. Guérison depuis six mois.

Tumeurs malignes de la région mastoïdienne, par Bruzzone (de Turin). — Un cas de sarcome à grandes cellules polymorphes et un cas de carcinome. Le premier fut enlevé et on appliqua sur la brèche opératoire les rayons X. Guérison complète en 7 mois, le deuxième fut traité par des injections intra-tumorales de trypsine et les rayons X. Le malade est en voie de guérison.

Modifications de la flore bactérienne du nez selon les saisons et les altitudes, par Marchesa (de Turin). — Numériquement le

nombre des microorganismes est plus grand en été, puis par ordre décroissant viennent l'automne, le printemps, l'hiver. La quantité est plus grande dans les villes du bord de la mer, qu'à Turin, Milan, Aoste. Le temps que la cavité nasale met à s'épurer varie selon les milieux et les différentes altitudes de quelques jours à quelques heures (mont Rosa 3000m).

Étude hématologique dans les cas de lésions purulentes mastoïdiennes opérées, par Caldera (de Turin). — Dans les cas favorables le nombre des leucocytes neutrophiles s'élève d'environ 1/3 dans le jour de l'intervention pour décroître ensuite graduellement dans les jours qui suivent. Dans les cas mortels, au contraire, la leucocytose continue à augmenter dans les jours qui suivent l'opération.

L'emploi de la thiosinamine dans les maladies de l'oreille, par Balla (de Florence). — L'auteur a employé la thiosinamine selon la formule de Michel (thiosinamine 15 gr., antipyrine 75 gr. 50, eau 100 gr.) et avec la technique de Lermoyez et Mahu (instillation dans le conduit auditif externe et per tubam). Résultats presque nuls pour les bruits subjectifs ; bons pour l'audition dans 5 cas d'otite moyenne purulente avec petite perforation ; médiocre dans un cas d'otite moyenne catarrhale chronique chez un syphilitique et dans un cas de labyrinthite.

Un cas de réflexe nasal peu fréquent, par Balla (de Florence). — Chez une dame de 33 ans, syphilitique, l'attouchement de la partie supérieure du septum et le cornet moyen provoque une névralgie intense du trijumeau du même côté ; l'attouchement de la cloison au milieu de sa hauteur et sur le milieu de son diamètre antéro-postérieur provoque une névralgie très vive du sciatique gauche, parésie du bras gauche. La cocaïnisation de la cloison fait disparaître la douleur et la parésie.

Jugement médico-légal des défauts acoustiques dans quelques professions et charges publiques, par Nieddu (de Florence). — Étude sur le pouvoir auditif nécessaire à l'exercice des principales professions et charges publiques : avocats, juges, notaires, ingénieurs, professeurs, médecins, etc... Pour les médecins, il faut un degré de perception auditive suffisant pour percevoir tous les sons de la voix humaine dans ses diverses manifestations et dans certaines conditions. Les souffles cardiaques, les murmures bronchiques, la pectoriloquie aphone, etc., ne doivent pas échapper à l'ouïe des médecins.

Une petite épidémie d'appendicite étudiée en relation avec l'état de l'anneau lymphatique de Waldeyer, par Nieddu (de Florence). — L'auteur a étudié 5 de ces cas dont 2 suivis de mort. Il a pu à

l'autopsie d'un de ces cas reconnaître des foyers de suppurations dans l'amygdale droite, de la thrombose des lymphatiques efférents jusqu'au ganglion rétro-angulo-maxillaire dans lequel il existait aussi de petits abcès punctiformes. L'amygdalite suppurée à streptocoques est souvent suivie de ces phénomènes appendiculaires.

Un cas de méningite cérébro-spinale d origine pharyngée, par Nieddu (de Florence). — Se basant sur 20 autopsies, l'auteur a soutenu que la méningite cérébro-spinale est d'origine pharyngée ; qu'elle est produite par voie directe lymphatique ou sanguine. Un nouveau cas chez un jeune homme de 21 ans, atteint d'influenza, compliquée de méningite cérébro-spinale et terminée par la mort en 36 heures lui permet de reconnaître une suppuration de l'amygdale pharyngée avec propagation du processus suppuratif à travers le corps du sphénoïde et l'apophyse basilaire. Le liquide céphalo-rachidien extrait pendant la vie donne du streptocoque en association microbienne. L'auteur insiste sur la nécessité de bien étudier les rapports anatomo-pathologiques de cette région et les particularités qui peuvent favoriser cette diffusion septique intra-cranienne.

Polypes du nez avec abolition pendant longtemps de la respiration nasale, par Nieddu (de Florence). — Chez un champion de course, de marche, de cyclisme et de rowing, la respiration a été pendant environ 10 ans complètement suffisante malgré une obstruction nasale par polypes qui naissaient sur la muqueuse des cornets moyens.

Importance de la recherche du treponema pallida pour le diagnostic étiologique des maladies du nez, de la gorge et de l'oreille, par Nieddu (de Florence). — Dans une série de recherches sur des syphilitiques, l'auteur a rencontré la présence quasi-constante du treponema dans les produits primitifs ou secondaires des syphilides, dans la peau et les muqueuses ; cependant il ne l'a jamais trouvé dans les productions tertiaires, ni dans le sang des syphilitiques à cette période. Dans des recherches sur les affections du nez, de la gorge et de l'oreille chez des syphilitiques, il a rencontré le treponema aux périodes primaire et secondaire, jamais dans la tertiaire. Donc la recherche du treponema en oto-laryngologie est insuffisante dans le tertiarisme syphilitique, mais utile aux deux premières périodes, où les symptômes d'infections mixtes sont nombreux et de diagnostic difficile.

L'énurèse dans ses rapports avec l'oto-rhino-laryngologie, par Nieddu (de Florence). — Elle peut être de cause nerveuse, due aux végétations adénoïdes ou à l'hypothyroïdisme. L'insuffisance glandulaire fonctionnelle et l'insuffisance nasale ont une influence bien nette sur son apparition. D'après les examens de 20 cas, l'auteur

conclut que l'énurèse est une névropathie ou une psychopathie probablement secondaire à une insuffisance glandulaire spécialement thyroïdienne ou surrénale; chez les énurétiques, les végétations adénoïdes n'ont aucune influence causale ou ne sont seulement qu'un symptôme concomitant et par hasard secondaire à l'insuffisance d'autres glandes. Cependant si elles ont une action, celle-ci ne se distingue pas de l'action des glandes à sécrétion interne.

Un cas de paralysie de l'abducteur d'origine otique, par Gavello (de Turin). — Confirmation à l'opération de la théorie de Gradenigo qui dit que la lésion de l'abducteur se fait au niveau de la pointe de la pyramide, là où le nerf a traversé la dure-mère par un phénomène d'ostéite circonscrite de la pointe du rocher avec pachyméningite secondaire et quelquefois aussi leptoméningite secondaire.

Le traitement des fibromes naso-pharyngiens avec la fibrolysine, par Gavello (de Turin). — Expérimentée en injections interstitielles dans 3 cas de fibrome et un cas de fibrosarcome du naso-pharynx, la fibrolysine a une action vraiment élective sur les tissus connectifs néoformés qui provoque un ramollissement et une véritable absorption. Elle peut donner les meilleurs résultats dans son application aux tumeurs fibreuses du nez et du rhino-pharynx et surtout dans ces cas où par leur nature ces tumeurs présentent une gravité exceptionnelle à l'acte opératoire à cause de l'hémorragie possible et aussi par leur tendance à la regression spontanée qui se produit avec le temps.

Tuberculose de l'oreille, par Gavello (de Turin). — Présentation d'un temporal avec photographies et projections, mettant en évidence un énorme tuberculome de l'oreille interne et de la fosse cranienne postérieure.

Considérations sur les corps étrangers du larynx, par Gavello (de Turin). — Étude générale au sujet d'un cas chez un enfant de 20 mois.

Tumeur de l'épiglotte, par Gavello (de Turin). — Volumineuse tumeur de l'épiglotte. Description de la méthode opératoire et présentation de pièces qui montrent qu'on avait eu affaire à un angiofibrome.

Démonstrations pratiques de méthodes acoumétriques, par le Prof. Gradenigo (de Turin). — L'auteur a apporté de nombreuses modifications à l'acoumètre et à l'emploi des diapasons. Dans l'acoumètre, ce sont les vibrations qui furent perfectionnées. Les épreuves au diapason par les poids furent rendus plus sensibles.

Sur la laryngostomie et laryngofissure et sur la trachéotomie, par le prof. Gradenigo (de Turin). — Le terme de trachéotomie devrait être réservé aux cas où le siège de la sténose étant sous-glottique, il peut être suffisant de maintenir ouverte seulement la partie supérieure de la trachée afin de pouvoir tamponner par en bas la lumière du larynx. Il cite un cas opéré aussi par Antoniotti, de Trévise. Il présente deux malades opérés par lui de laryngostomie : un vieillard qui fut trachéotomisé d'urgence pour lésions sténosantes du larynx d'origine syphilitique et un jeune homme de 20 ans qui fit de la sténose suraiguë. La guérison fut obtenue chez le vieillard en 2 mois, chez le jeune homme en 5 mois. Gradenigo donne la préférence au tamponnement de la gorge.

Polyphobie avec d'autres troubles nerveux chez un rhinopathe, par d'Ajutolo (de Bologne). — Guérison d'une quantité de troubles par traitement d'une rhinite hypertrophique.

Notes sur quelques anomalies de la sensibilité électro-cutanée, par d'Ajutolo (de Bologne). — L'exploration avec un courant faradique faible sur la face, le cou et d'autres régions, peut révéler des troubles névropathiques tels que hémi, hypo ou hyperesthésie, ou une simple hypo ou hyperesthésique croisée dont la présence peut être utile au point de vue du diagnostic, du pronostic et du traitement.

Quelques mots sur le traitement du favus bénin, en particulier du visage, par d'Ajutolo (de Bologne). — L'auteur emploie, tant à l'extérieur qu'à l'intérieur la solution alcoolique mentho-phéniquée (alcool absolu, acide phénique aa 100 grammes, menthol 10 grammes) qu'il a déjà avantageusement employée dans le furoncle, dans l'amygdalite folliculaire et dans le sarcome.

Phénomènes septiques du larynx consécutifs à une septicémie streptococcique, par Rugani (de Florence). — L'auteur rapporte quelques cas de sepsie de l'appareil respiratoire avec effets de laryngo-sténose dans lesquels on constata toujours la présence du streptocoque et l'absence du bacille diphtérique. Les phénomènes anatomo-pathologiques consistaient surtout en infiltrations œdémateuses inflammatoires et purulentes avec absence de fausses membranes.

Nouvel amygdalotome, par Mongardi (de Bologne). — Une variante de la pince à morcellement permettant d'intervenir sur la base de la langue, les quatre amygdales.

Pneumo-massage tubaire aéro-thermique, par Mongardi (de Bologne). — Petit appareil qui fonctionne en dérivation d'une lampe

électrique de 0,8 ampères ; réchauffe un jet interrompu ou continu d'air fourni par une pompe Breitung ou par un ballon simple ou double. L'air est porté dans la trompe au moyen d'un cathéter guidé par l'auscultation. Il associe les avantages de la méthode de Bier et du pneumo-massage. Les indications sont dans le catarrhe tubaire, l'otite moyenne exsudative et adhésive, la surdité, les vertiges et les bourdonnements. (*A suivre.*)

II. — *80e RÉUNION DES NATURALISTES ET MÉDECINS ALLEMANDS*

à Cologne, septembre 1908.

SECTION D'OTOLOGIE

(*Suite.*)

Compte rendu par Eugène Hopmann (de Cologne),
Secrétaire des séances.
Traduction par Menier (de Figeac).

3e séance (séance commune aux sections otologique, rhinologique et laryngologique).

Président : Siebenmann (de Bâle).

Sur les examens des oreilles chez les écoliers et la question des otologistes des écoles. — Rapport par Seidler (d'Essen), Löwenstein, (d'Elberfeld), Hansberg (de Dortmund).

1° Seidler. Hartmann, « l'infatigable champion de la question des médecins des écoles », a, il y a 3 ans (14e Réunion de la Société allemande d'otologie) attiré l'attention des autorités sur l'importance d'une exacte détermination des écoliers sourds. Depuis, nul n'a bougé. La Société des oto-rhino-laryngologistes de l'ouest de l'Allemagne s'est donné la peine de rassembler de nouveaux matériaux pour s'occuper à la Réunion des naturalistes et médecins de cette année de la question suivante : est-il nécessaire de créer des otologistes pour les écoles ? Les autorités municipales de l'ouest de l'Allemagne ont montré presque sans exception, un intelligent empressement lors des examens d'oreilles dans les écoles primaires et auxiliaires.

L'orateur expose les raisons pour lesquelles il faut insister sur la recherche et le traitement des écoliers sourds. Il s'en réfère à plusieurs reprises au travail de Hartmann : « *Les sourds à l'école* ». Plus grande est la surdité, plus gênée est la compréhension de la parole, plus retardé est le développement intellectuel et plus grand est le tort porté à la position sociale future des durs d'oreille.

25 à 32 % de tous les écoliers examinés n'entendent pas normalement ; chez 2 à 40 % il y avait des suppurations d'oreille.

Souvent, des enfants durs d'oreilles sont placés à tort dans les écoles auxiliaires (pour enfants arriérés), car, malgré leur surdité, ils ne sont pas mal doués.

D'après Bezold et Ostmann, la dureté d'oreille est curable dans

40 à 50 °/₀ des cas. Les enfants sourds sont une large charge pour l'instituteur. L'ouïe est plus utile que la vue pour le développement des enfants.

En première ligne, il faut viser à obtenir l'examen par le spécialiste. Les sourds susceptibles d'amélioration doivent être réunis dans des classes particulières, cela serait possible dans les villes de 150 à 200.000 habitants. Dans ces classes, on devrait tâcher par des cours de lecture sur les lèvres d augmenter la compréhension de ce qui est dit. En même temps que les oreilles on devrait examiner aussi les voies aériennes supérieures. Il faudrait indiquer aux autorités les relations qui existent entre les maladies des voies aériennes supérieures et la tuberculose pulmonaire.

2° Löwenstein. L'orateur lit un rapport sur les résultats statistiques des recherches sur les écoliers atteints de maladies d'oreilles, recherches lancées par la Société des otologistes de l'ouest de l'Allemagne.

On adressa à tous les membres de la Société des schémas imprimés pour l'examen des enfants des écoles communales. Cinq confrères seulement ont envoyé les matériaux recueillis ; avec les résultats du rapporteur, cela fait six spécialistes. L'orateur ne s'occupe pas des renseignements recueillis, au cours des examens, sur les maladies des voies aériennes supérieures, car, on ne peut exiger qu'à côté des otologistes, on crée aussi des rhinologistes et laryngologistes. Toutes les spécialités réclameraient alors la même faveur et le médecin « général » deviendrait inutile comme médecin des écoles.

Les otologistes sont aussi nécessaires pour les écoliers que les oculistes ou les dentistes.

Après avoir cité les anciennes statistiques de Weil, Bezold, Denker, Ostmann, König, Nager pour les écoles primaires et secondaires, celles de Hartmann et Hansberg pour les écoles auxiliaires, l'orateur communique les résultats qu'on lui a fait récemment parvenir. Röpke (de Solingen) sur 224 enfants de l'école des filles, en a trouvé 23,6 °/₀ qui entendaient à moins de 8 mètres. Cronenberg (de Solingen) a trouvé sur 236 enfants de l'école de garçons et de filles (4 classes) 44,1 °/₀ de durs d'oreille et dans l'école auxiliaire sur 52 enfants, 66,4 °/₀, Hansberg (Dortmund), sur 324 garçons, 67 °/₀ et sur 330 filles, 33 °/₀ entendant mal; Seidler (Essen) : 40 °/₀ n'entendant pas normalement sur 50 enfants. Bahr (Hamborn) dans une classe de 50 garçons, 22 °/₀ et sur 67 filles, 32,2 °/₀ entendant mal. Löwenstein (Elberfeld) sur 20 garçons, 30 °/₀ ; chez les filles, 20°/₀ ; dans trois classes pour enfants de 7 à 13 ans, en retard 24.4, °/₀. Les résultats de l'enquête concordent assez avec ceux des auteurs antérieurs. L'orateur développe ensuite le système des médecins d'école pour Elberfeld. Dans cette ville, il y a, pour 55 écoles communales, 18 médecins, soit 3 écoles ou 24 classes, soit par médecin environ 12 à 1 300 écoliers. Si le médecin d'école constate une maladie des oreilles, de la gorge ou du nez, il adresse les enfants au spécialiste

désigné pour son district. Les écoles sont en effet réparties de la même façon entre les spécialistes. Le médecin n'a aucune raison de ne pas envoyer les enfants aux spécialistes, car ce dernier reçoit de la ville 1 fr. 25 pour chaque examen, et le médecin d'école a un traitement fixe. A Elberfeld, sur 13.309 enfants examinés, on a trouvé 2059 atteints d'affections oto-rhino-laryngologiques, et on en a adressé 6,1 °/₀ au spécialiste pour un examen plus détaillé. Pour la question de savoir s'il faut adopter le système d'Elberfeld ou celui des otologistes pour les écoles, l'orateur se déclare partisan des paroles de Preysing à la Réunion des médecins d'école de Cologne (24 avril 1908). « Qu'un seul ne peut tout régler, et que la réunion de ce jour ne doit pas prendre une décision qui ne pourrait être exécutée en pratique de façon uniforme à la ville et à la campagne. »

3° Hansberg (de Dortmund) lit son travail sur les mesures à prendre contre la propagation des maladies d'oreilles et des voies aériennes parmi les écoliers.

Il se reporte à la partie correspondante du travail de Hartmann : « Les sourds à l'École ». Il y a deux points de vue : d'abord, comment prévenir, chez les écoliers, la dureté d'ouïe et obtenir la guérison ou l'amélioration de la surdité installée, et en second lieu, comment instruire, pour le mieux, l'enfant qui entend mal? L'orateur ne s'occupera pas aujourd'hui de cette seconde question. Pour résoudre la première, il faut réclamer une surveillance médicale compétente des écoliers, offrant la garantie certaine que l'enfant sourd ou atteint d'une maladie des voies aériennes, ne restera, ni méconnu, ni non traité, comme c'est presque toujours le cas jusqu'à ce jour. Puisque plus d'un quart de tous les écoliers entend mal, les auristes ont déclaré nécessaire, et cela d'un commun accord, une plus grande surveillance des écoliers atteints d'une maladie des oreilles ou du nez. Sera-ce le spécialiste ou le médecin « général » de l'école qui fera l'examen ? Les avis sont partagés. Nulle part, on ne dit directement que l'examen sera fait par l'auriste seul. Hartmann désire la coopération de l'auriste. L'orateur établit par les rapports scolaires des dernières années, de Berlin, Breslau, Bonn et Fürth que les médecins fixent en moyenne à 2 °/₀ le nombre de ceux qui entendent mal ; chiffre évidemment trop bas. Si l'on ajoute, d'après ces rapports, aux sourds ceux qui souffrent des maladies des voies aériennes supérieures, la disproportion entre les résultats des enquêtes des médecins « généraux » des écoles et les résultats obtenus par les auristes n'est plus aussi grande pour le pourcentage des sourds. Seul, Stephany (de Mannheim), médecin inspecteur des écoles bien connu, donne des chiffres plus élevés : 18 °/₀ dans les écoles ordinaires ; 40 °/₀ dans les écoles pour arriérés. D'après l'orateur, le système d'Elberfeld (cf. le rapport de Löwenstein) donne des chiffres trop bas pour les sourds ; mais ce système a l'avantage de marquer au moins le début de l'appel à la collaboration des spécialistes pour l'hygiène de l'école.

L'orateur recommande de confier l'examen aux spécialistes dans

les villes où il y en a d'établis ; il réclame tout au moins que l'on considère seulement comme propres à ces examens les médecins non-spécialistes qui possèdent la technique des examens des oreilles et des voies aériennes supérieures. Pour diminuer le nombre considérable des enfants à examiner (soit environ 15.000 par an pour une ville de 100.000 hab.) l'orateur, avec Denker, conseille de faire faire aux instituteurs, bien stylés, un examen préliminaire. Dans les villes où les municipalités se décideront à installer des médecins, le plus gros travail sera la première année, mais, il diminuera plus tard considérablement, car, pour tous les enfants trouvés malades la première année, il ne s'agira ultérieurement que d'un contrôle.

Comment doit être fait le traitement des enfants reconnus malades ? S'ils sont rarement soignés, la faute en est à l'indolence du grand public et à son ignorance des maladies des oreilles et du nez plutôt qu'aux frais redoutés du traitement. C'est pourquoi il faut éclairer les parents par les instituteurs, les conférences, les réunions de parents le soir. On ne portera un remède véritable et sérieux que lorsque les gouvernements et les municipalités montreront la volonté énergique de mettre un terme à ce regrettable état de choses. Comment y amener nos gouvernants ? Comme les chiffres trop bas des sourds dans les rapports des médecins « généraux » d'écoles sont sans doute le motif principal pour lequel l'État n'a pas étendu sa sollicitude aux enfants atteints de maladies des oreilles et du nez, l'orateur propose de convaincre, par une Adresse, les organes administratifs en cause, que les résultats des enquêtes des auristes correspondent à la réalité des faits. En outre, il sera nécessaire de s'adresser aux autorités scolaires des provinces et aux municipalités des grandes villes. Il faut éclairer le public dans le sens que nous désirons et de même, dans la presse médicale spécialiste, discuter plus qu'on ne l'a fait jusqu'ici les questions qui nous intéressent, pour que les confrères s'y intéressent aussi davantage. Enfin l'orateur recommande de s'adresser aux chambres médicales professionnelles. Aujourd'hui on soigne beaucoup les dents de nos écoliers, mais, il serait beaucoup important de s'occuper de l'ouïe par laquelle ils reçoivent la plus grande partie des éléments de leur instruction et de leur éducation.

L'orateur pose les principes suivants : 1° tous les ans tous les écoliers, surtout les nouveaux, doivent être examinés par un médecin qui recherchera les maladies des oreilles et des voies aériennes supérieures. On devra établir, en collaboration avec l'instituteur; le nombre des sourds et le degré de la surdité ; 2° l'examen des écoliers sera dans la mesure du possible, fait par un otologiste ; 3° étant donnée l'ignorance générale du public pour ce qui concerne l'importance des maladies du nez et des oreilles, il faut tâcher de l'instruire (conférences de vulgarisation, réunion de parents, journaux, etc., etc.) ; 4° les municipalités doivent veiller à ce que les enfants peu fortunés reçoivent un traitement par un homme compétent ; 5° dans une Adresse aux Ministères, il faut montrer à fond

de façon motivée, la nécessité d'une réforme radicale de l'état actuel et il est bon d'adresser des demandes aux autorités scolaires, aux municipalités, aux chambres médicales des provinces des pays rhénaux et de Westphalie.

Cronenberg (de Solingue). Le système de l'inspection médicale scolaire devrait être, en général, réédifié et mieux qu'il n'est, pour que les médecins inspecteurs fussent en mesure de pouvoir mieux déterminer la surdité et les maladies des voies aériennes supérieures. Les villes d'importance moyenne, les petites villes ne sont guère en mesure de créer des spécialistes pour les écoles ; il faudrait donc que les médecins inspecteurs fussent capables de faire, même sur ce chapitre, des diagnostics généraux et d'envoyer les enfants malades aux spécialistes. Le système d'inspections scolaires générales par spécialistes n'est guère possible que dans les grandes villes.

Siebenmann (de Bâle). Parmi les tâches qui doivent incomber aux otologistes d'école, rentre aussi celle de voix consultante pour l'établissement de classes spéciales pour les sourds. Quand on fera des mémoires destinés aux autorités supérieures pour faire avancer la question des médecins d'école, il ne faudra pas oublier ce point.

Gutzmann (de Berlin). Parmi les enfants à parole défectueuse il y a un très grand nombre d'entendant mal ; mais, dans les examens d'oreilles chez les enfants, on rencontre souvent des difficultés à cause de l'extrême « *fragilité* » de l'attention ou parce qu'on a affaire à des enfants parlant mal et faibles d'esprit, de sorte qu'il faut fréquemment corriger les résultats. Souvent, une longue observation peut seule conduire au but. Il serait donc tout à fait bon que l'instituteur fût familiarisé avec une méthode simple d'examen de l'ouïe.

Il serait aussi à souhaiter que même avant d'avoir l'âge d'aller à l'école, les enfants arriérés au point de vue de la parole et de l'intelligence fussent l'objet d'une attention et d'une observation particulière. Le fait que souvent les médecins eux-mêmes se trompent sur l'appréciation de l'acuité auditive est démontré, entre autres, par le nombre des sourds qui sont envoyés à la clinique des maladies de la parole de l'Université de Berlin, avec la seule indication : trouble de la parole.

Siebenmann propose de présenter la résolution suivante :

« Ayant entendu les rapports de MM. Seidler, Löwenstein et Hansberg sur la question de l'otologiste à l'école, les assistants déclarent adhérer aux conclusions. »

On fait quelques objections à certains détails des principes formulés par Hansberg.

Par contre, Preysing (de Cologne) demande de ne pas se perdre dans les détails, mais de déclarer l'adhésion générale aux principes exposés et de laisser le reste à une élaboration ultérieure, plus serrée.

Sur ce, on vote par acclamation l'adhésion aux principes posés par Hansberg.

Séance du 21 septembre 1908.
Président : Chiari (de Vienne).

Sur les processus non encore déterminés de la formation des sons chez l'homme et communication de recnerches expérimentales sur le son produit par les cordes vocales et la formation des voyelles (avec projections), par Katzenstein (de Berlin). — Démonstration, sur un modèle fait par l'orateur, de la flexion horizontale des cordes, lors des mouvements d'abduction, flexion verticale et torsion dans tout leur trajet.

L'orateur désigne comme processus non encore bien déterminés de la phonation :

1° La forme et la mise en jeu exacte des cordes lors de la formation de la voix de fausset;

2° La réflexion sonore des voix humaines dans le tube additionnel ; cette question est reliée étroitement à celle de la position du larynx dans les diverses modalités du chant;

3° Influence du tube additionnel sur la hauteur du son ;

4° Production des sons vocaux.

Démonstration de courbes prises à l'aide de l'inscripteur phonatoire de M. Samoïloff :

1° Du son cordal pur.

a) Chez le vivant. L'orateur se fit introduire un tube rigide, remplissant son larynx, jusqu'au voisinage immédiat de la glotte et put ainsi, le premier, produire le son cordal pur, sans aucun caractère vocal et cela seulement avec la voix de poitrine, mais non pas en fausset.

La courbe de ce ton cordal pur de poitrine est presque simple, semblable à une ligne sinusoïdale pure.

b) Sur des larynx de cadavres qui furent sectionnés en partie jusqu'à la glotte, en partie jusqu'aux bandes ventriculaires, ou étaient entièrement conservés.

On vit alors que le son de fausset chordal pur se montre comme une courbe sinusoïdale pure, tandis que pour la voix chordale de poitrine et quand la partie supérieure du larynx est conservée, la courbe est un peu compliquée ; donc, le ventricule de Morgagni et en particulier tout le larynx supérieur, doivent être regardés comme cavités de résonance.

c) Voyelles, chez les sujets chez qui :

a) On pouvait agir sur toute la cavité de résonance ;

b) Le naso-pharynx était exclu;

c) On imitait la paralysie du voile du palais;

d) Le nez était obturé.

(*A suivre.*)

III. — *SOCIÉTÉ PARISIENNE DE LARYNGOLOGIE D'OTOLOGIE ET DE RHINOLOGIE*

Séance du 11 décembre 1908.

Président : Mounier.

Secrétaire général : Veillard.

Appareil pour la rééducation respiratoire nasale, par Robert Foy. — L'auteur présente un appareil remédiant, dans de nombreux cas d'insuffisance nasale, à l'insuffisance thérapeutique des exercices de gymnastique respiratoire. Il est formé de deux olives nasales à double conduit, le supérieur relié à une soufflerie réglable de 0 à 3 litres, l'inférieur laissant les fosses nasales en libre communication avec l'extérieur ; d'où aucun danger pour l'oreille moyenne, facilité de l'expiration, faculté de substituer à l'air de la soufflerie une inspiration à air libre. Autres avantages : rééducation sans fatigue, dilatation des ailes du nez, abaissement du voile du palais, réveil de la sensibilité tactile au frottement aérien, de la muqueuse naso-pharyngée.

Lubet-Barbon, pour faciliter l'éducation respiratoire nasale de ses opérés, et parce qu'il a remarqué qu'il n'est pas toujours suffisant d'ouvrir les voies nasales pour que les enfants respirent par le nez, conseille de faire placer dans les narines, pendant les exercices respiratoires, un petit appareil de Feldbausch.

Abcès du cervelet suite de mastoïde et de phlébite du sinus ; guérison, par Lubet-Barbon. — L'auteur présente un homme de 50 ans, opéré de mastoïdite dans les premiers jours de juillet pour des douleurs et un écoulement modéré de l'oreille datant d'environ 4 mois. Il quitta Paris le 15 août, guéri en apparence. Le 26 septembre, douleurs cervicales et à la nuque très vives, vertiges, vomissements, fièvre, obnubilation cérébrale, nécessitant une intervention d'urgence dans le but de découvrir le sinus latéral. Celui-ci est ouvert, mais il est trouvé vide, ne contenant ni sang, ni pus, ni thrombus, ce que l'auteur n'a jamais vu ; une curette pouvait être conduite en bas jusqu'au golfe, en haut jusqu'au coude du sinus. Le liquide céphalo-rachidien était normal. Aucune amélioration. Le surlendemain, recherche d'un abcès dans le cervelet. Après plusieurs ponctions, une collection d'environ une cuillerée à soupe de pus est trouvée et évacuée en bas et en avant sous le sinus, à 4 centimètres de profondeur. Pansement quotidien, tantôt avec drainage, tantôt en vidant la cavité par ponction à chaque pansement. Le drain armé a donné le meilleur résultat. La plaie est fermée depuis le 8 novembre.

Fulguration et laryngotomie dans le cancer du larynx, par Georges Laurens. Est publié *in extenso*.

L'auteur apporte les réflexions que lui suggèrent deux cas qu'il a opérés il y a trois semaines. Il s'agissait de deux malades atteints

de cancer glottique diagnostiqué par plusieurs laryngologistes et vérifié histologiquement. Le manuel opératoire fut le même : après ouverture et écartement des valves du thyroïde, l'endo-larynx fut cocaïnisé, puis la fulguration pratiquée par M. Bissérié, selon la technique de Keating-Hart, pendant trois minutes. La surface néoplasique, les parties voisines et les tranches cartilagineuses furent soumises à l'étincelage. Aucun trouble cardio-respiratoire ne fut observé. Réunion des valves thyroïdiennes par suture des muscles pré-laryngés et mise en place d'une canule trachéale.

Les suites immédiates furent très intéressantes grâce à l'examen laryngoscopique quotidien. M. Georges Laurens a ainsi noté que : l'œdème fut des plus modérés et permit l'ablation rapide de la canule (2e et 3e jour) ; il se produisit une laryngite érythémateuse intense rouge-vermillon de la zone glottique et inter-aryténoïdienne ; une escarre fibrineuse, pseudo-membraneuse, grisâtre, fut expulsée, spontanément du quatrième au sixième jour par l'orifice trachéal ; il exista une hypersécrétion trachéale ; une ecchymose latéro-laryngée se montra le troisième jour et fut résorbée le huitième ; chez un des opérés, la corde vocale saine fut quasi détruite, si bien qu'au vingt et unième jour, elle est réduite à un mince liseré rouge. La phonation a été rétablie dès la suppression de la canule.

L'opération est trop récente pour préjuger du résultat définitif ; mais ces deux cas permettent de conclure que la thyrotomie suivie de fulguration ne s'accompagne d'aucun accident grave. Les malades quittaient la maison de santé le quatorzième jour et reprenaient leur vie normale le dix-septième.

L'auteur, au point de vue de la technique, insiste sur les points suivants : suppression de toutes les pièces métalliques, pinces, écarteurs, etc., pour éviter les brûlures au moment de la fulguration (dans ce but, il a fait construire une canule à trachéotomie en verre) ; emploi d'écarteurs en verre pour maintenir ouvert le thyroïde ; chloroformisation complète pour immobiliser parfaitement le larynx pendant la fulguration ; seconde anesthésie locale à la cocaïne pour supprimer les réflexes cardio-respiratoires ; protection de l'hémi-larynx normal au moyen de mèches de gaze ; emploi d'électrodes en verre de calibre approprié.

Après cet essai dans deux cas de néoplasmes limités, M. Laurens n'hésitera pas à appliquer la méthode au cas où tout l'organe est dévoré par une tumeur végétante et où l'évidement total du larynx sera indiqué.

Labyrinthite à forme vestibulaire, par A. Hautant. — L'auteur présente et fait l'examen d'un malade, atteint de suppuration auriculaire droite, qui fut pris, il y a trois semaines, de violents vertiges qui ont persisté quinze jours. L'examen de l'audition ne révèle aucune atteinte grave du nerf cochléaire. La série des diapasons est perçue par voie aérienne, la perception du diapason placé sur la mastoïde droite est accrue quand on bouche le conduit auditif droit.

Par contre, l'examen vestibulaire révèle l'atteinte labyrinthique : abolition de la réaction calorique (pas de nystagmus, ni de sensation vertigineuse avec de l'eau à 15° pendant 4 minutes), forte diminution de nystagmus de rotation des deux côtés avec disparition presque complète à droite. L'épreuve calorique faite à gauche est positive et donne un nystagmus modifiable suivant la position de la tête.

Présentation de malades, par Casteix. — L'auteur présente un malade porteur d'un *pseudo-papillome du larynx* ; les cordes vocales offrent des lésions superficielles de caractère tuberculeux.

Il présente, également, un homme de 60 ans dont l'épiglotte porte une *ulcération d'aspect épithéliomateux*, mais l'état des sommets doit faire admettre la bacillose.

Et un troisième malade, ancien dyspeptique, atteint de surdité double avec bourdonnements et vertiges du fait d'un *double catarrhe tubo-tympanique grippal*.

IV. — *30e RÉUNION ANNUELLE SOCIÉTÉ AMÉRICAINE DE LARYNGOLOGIE*

Montréal, 11, 12 et 13 mai 1908.

Président : H. Birkett

Secrétaire : J. E. Newcomb

Compte rendu par Menier (de Figeac).

Le Président dans son discours d'ouverture retrace à grands traits l'histoire médicale de la province de Québec depuis 1535 à 1838.

Un cas de papillome sous-glottique guéri par fissure laryngo-trachéale, par Th. Harris (de New-York). — Dans ce cas, la dyspnée et l'enrouement initiaux avaient pu faire naître (grâce à leur association avec la fièvre) le soupçon de tuberculose, soupçon éliminé après examen. La trachéoscopie aurait permis, faite dès le début, l'ablation de la tumeur, évitant ainsi l'ennui des opérations subséquentes. La tumeur disparut sans autre traitement que le port d'une canule. La voix est devenue claire et forte, sans la moindre trace d'enrouement.

Un cas de kyste branchiogène, par Th. Harris. — Kyste branchiogène naso-pharyngien simulant des végétations adénoïdes. Ce cas est extrêmement rare. Guérison après ablation.

Forme hypertrophique rare de syphilis portant sur la gorge et l'épiglotte, par W. F. Chappell (de New-York). — Hypertrophie des piliers, de la luette et de l'épiglotte, cette dernière a perdu sa flexibilité et est incapable de bien remplir son rôle de protecteur laryn-

gien pendant la déglutition. Hypertrophie des aryténoïdes. Le traitement spécifique donna de bons résultats, partiels cependant. L'orateur inclinait à croire qu'il s'agissait peut être ici d'hypertrophie par dégénérescence amyloïde ; mais l'examen microscopique et l'effet du traitement mixte lui font admettre la nature hérédo-syphilitique de l'affection.

Quelques points négligés dans l'anatomie du pharynx, par Randall (de Philadelphie).

Traitement de l'hypertrophie amygdalienne inopérable par injections interstitielles de nitrate d'argent. par Goodale (de Boston). — Dans des cas d'hémophilie associée à l'arthrite infectieuse et où l'opération était par conséquent contre-indiquée. l'orateur obtint de bons résultats à l'aide d'injections interstitielles de nitrate d'argent à 4 % (la solution peut être portée jusqu'à 8 %). Les symptômes amygdaliens diminuèrent grâce à la sclérose de la tonsille et du même coup les manifestations rhumatismales furent améliorées. On emploiera une seringue de Pravaz pourvue d'un manche et une aiguille courbe analogue à celle dont se servent les dentistes pour les injections dans les gencives.

La question du rhumatisme et de son origine due à l'infection tonsillaire, par G. H. Hope (de New-York). — Suivant l'orateur, la théorie n'est basée que sur des suppositions et n'a pas encore conquis force convaincante.

Sténose laryngée chez l'adulte traitée par le tubage : port continuel du tube pendant quatre ans, par Simpson (de New-York).

Lésions membraneuses tertiaires du pharynx, des amygdales, de la bouche et du voile, ressemblant à de l'angine de Vincent. Compte rendu de trois cas, par Braden-Kyle (de Philadelphie). — Ces cas sont intéressants à cause de la présence, dans des lésions spécifiques tertiaires, de formations membraneuses ; les membranes ressemblaient extraordinairement à celles qu'on observe dans l'angine de Vincent et dans deux des cas, on constatait l'existence de la spirille de Vincent. A noter aussi l'action remarquable de l'hydrargyre en frictions que l'orateur recommande dans les cas obscurs où le traitement mixte et l'iodure ne donnent aucun résultat. La spirille de Vincent ne jouait pas là un rôle étiologique dans la production des membranes ; l'orateur pense que sa présence était purement accidentelle.

Papillomes multiples du larynx chez les enfants, par H. Smith (de New-York). — Étude générale basée sur trois cas et présentée par l'auteur comme travail d'admission à la qualité de sociétaire. A noter un détail nouveau : l'emploi de l'huile de ricin en injections endo-

laryngées pour faire disparaître les papillomes. Les observations de l'orateur ne sont pas encore terminées. Sachant que l'huile de ricin en applications fréquentes sur les verrues cutanées les fait souvent disparaître, cette tentative de Smith n'a rien que de logique.

Sarcome de l'amygdale. Compte rendu d'un cas. Opération. Examen anatomo-pathologique, par J. E. Rhodes (de Chicago). A été publié *in extenso* dans le n° de novembre-décembre 1908 de ces *Archives*, p. 817.

L'influence de l'adrénaline dans la production de l'artério-sclérose, par F. E. Hopkins (de Springfield). — L'usage raisonnable de l'adrénaline en thérapeutique n'est pas susceptible de produire l'artério-sclérose, quoi que puissent démontrer les expériences sur les animaux, lesquelles sont passibles de beaucoup d'objections (La sclérose artérielle adrénalinique du lapin est-elle analogue à celle de l'homme? Le chlorure de baryum provoque aussi de la calcification, etc.). L'orateur cite le cas d'une femme atteinte d'asthme, observée pendant 3 ans et qui reçut en injections hypodermiques, durant ce laps de temps, le contenu de 44 flacons de 1 once de la solution à 1/oo (soit en tout plus de 1368 gr. de la solution). Elle mourut d'une affection qu'on ne peut attribuer à l'adrénaline et ses artères ne montraient que les modifications habituelles à son âge.

Extraction d'un corps étranger (grain de blé) de la trachée d'un enfant de six ans, par J. H. Bryan (de Washington). — Extraction par trachéotomie après tentatives vaines de trachéoscopie. Ce cas montre qu'il vaut mieux ne pas s'entêter à passer un tube à travers un larynx œdématié; la trachéoscopie traumatodiale est préférable dans les cas de corps étrangers de cette nature[1].

Expérience personnelle dans l'emploi de la bronchoscopie, œsophagoscopie et gastroscopie avec compte rendu de 14 cas, par Halsted (de Syracuse). — L'auteur fait ressortir l'utilité des méthodes non seulement au point de vue de l'extraction des corps étrangers, mais aussi au point de vue du diagnostic et du traitement local. C'est à Chevalier Jackson que revient le mérite de la gastroscopie dont l'importance pour l'examen direct de l'estomac, du pylore et pour le traitement local de leurs affections est aujourd'hui complètement reconnue.

Quelques principes chirurgicaux essentiels pour le traitement de l'empyème du sinus frontal, par F. Barnhill (d'Indianapolis). — Plaidoyer en faveur de la méthode externe (opposée à la méthode

1. C'est la conclusion à laquelle arrive Cauzard (de Paris) (Société de médecine de Paris, 11 décembre 1908, et *Journal de médecine de Paris*, 26 décembre 1908).

intra-nasale). Le procédé de Killian semble plus d'accord avec les principes chirurgicaux généraux; de plus, il produit la cicatrice minimum. Cependant, le procédé de Coakley (dit méthode ouverte) offre l'avantage d'un drainage parfait pendant tout le cours du traitement; de plus, on peut surveiller à tout moment l'état des granulations. Une objection sérieuse à la méthode ouverte c'est la déformation qui en résulte. L'orateur croit que celle-ci peut être diminuée si le tamponnement du sinus à la gaze est fait plutôt lâche, car, un excès de compression est défavorable au tissu de granulation, de sorte qu'alors les éléments épithéliaux risquent de recouvrir la surface de la plaie avant que le tissu de granulation ait pu s'élever jusqu'au niveau de la plaie, d'où résulte inévitablement une cicatrice enfoncée. De même, le chirurgien devra éviter trop d'énergie ou trop de fréquence dans la cautérisation du tissu de granulation.

Le drainage parfait (d'où grande stérilité relative) favorisera une réplétion rapide et heureuse de la cavité.

Nombreux détails sur un cas de sclérome trachéal déjà présenté à la Société, par Mayer (de New-York). — Le sujet fut trachéotomisé et soumis à l'action directe des rayons X portant sur la tumeur mise ainsi à découvert. En deux mois on obtint une guérison complète. Pas de récidive depuis un an.

Un cas d'abcès du larynx après pneumonie, par T. Melville Hardie (de Chicago). — L'abcès du larynx rendit la trachéotomie nécessaire; on put ainsi ouvrir l'abcès dont le pus contenait des diplocoques (probablement pneumocoques). Guérison. A noter l'œdème étendu de la partie supérieure du larynx.

Cas de kyste du sinus frontal communiquant avec le lobe frontal, par C. F. Theisen (d'Albany).

Notes sur deux cas peu communs de sinusite frontale, par Price Brown (de Toronto). — 1° Sinusite frontale purulente chronique avec fistule externe pendant deux ans environ. Opération. Guérison.

2° Sinusite frontale traumatique. Opération. Guérison.

Pyohémie d'origine sinusienne; symptômes cérébraux graves soulagés par l'opération. Mort. Autopsie, par Lewis A. Coffin (de New-York). — Empyème de tous les sinus du côté droit. La malade eut des convulsions avec phénomènes méningitiques; elle n'avait jamais eu de symptômes catarrhaux du côté du nez.

Opération de Killian : pus à haute pression dans le sinus frontal et les cellules ethmoïdales. Amélioration pendant 10 jours; on fait alors un Caldwell-Luc (sinus maxillaire droit). La malade expulse à cette époque un fœtus de 2 à 3 mois; rétention des membranes. Sep-

ticémie généralisée; abcès en diverses régions; on curette l'utérus. Deux mois après, hémiplégie gauche; on trouve un abcès du cerveau; on ponctionne et on draine. Mort. On trouve un abcès du lobe frontal droit, des abcès sous-corticaux au niveau de la limite supérieure du corps calleux; épendymite hémorragique. Face interne de la dure-mère couverte d'un exsudat purulent épais.

Ce cas démontre la relation étiologique des sinusites avec les affections cérébrales, relation que les médecins praticiens ignorent trop souvent, d'où ignorance du danger que font courir les sinusites dont les complications devraient être aussi connues du praticien que celles de la mastoïdite ou de l'appendicite.

Papillitis atrophicans bilateralis linguæ, par H. L. Wagner (de San Francisco).

Hyperplasie latérale de la langue, par H. L. Wagner. — Le sujet respirait par la bouche; il avait une malformation congénitale de la bouche (rétrécissement du diamètre latéral du maxillaire supérieur); le voisinage trop rapproché de la langue et des dents peut avoir été le facteur étiologique de l'hypertrophie; il y avait au centre de la zone hyperplasiée un petit ulcère. L'extirpation du tissu hypertrophié ramena la langue à sa condition normale.

Variations de l'ostium frontal; leur importance dans les opérations intra-nasales sur le sinus frontal; topographie de la lame criblée, par Wilson (de Chicago). — La grande cause de danger dans les opérations intra-nasales ayant pour but l'ouverture du sinus frontal est la lésion de la lame criblée et de la fosse ethmoïdale. Dans beaucoup de cas, l'opération est sans danger à cause du diamètre de l'ostium ou de son éloignement de la fosse ethmoïdale. Dans un plus grand nombre de cas encore, elle sera sans danger si l'on veut se souvenir de la minceur des parois des cellules ethmoïdales et que la pression dans cette direction amène une dilatation facile et rapide. Plus le canal naso-frontal est voisin du rebord orbitaire, moins l'opération présente de dangers.

Les opérations sur les sinus à large ostium sont sans danger. Sur les sinus où il y a un rétrécissement au-dessous de la ligne nasoiniale, l'opération est sans danger. Dangereux sont les cas où l'ostium est sur le plan ou au-dessus de la lame criblée; plus il est près du plan sagittal, plus le danger est grand.

Le plan de la lame criblée est dans le plan transversal passant à travers la dépression de l'inion et le nasion ou assez près de ceux-ci pour que le plan IN (in-nasion (que l'auteur appelle plan N-ID) soit suffisamment utile pour la pratique.

La longueur et le diamètre du canal naso-frontal varient avec le développement des cellules ethmoïdales; si celles-ci sont bien développées (surtout s'il y a une grande *bulla frontalis*), le canal peut

avoir 10 à 12 mill. de long et un diamètre étroit (0,002 mill.). L'angle que le canal forme avec la lame criblée varie beaucoup; dans quelques cas, il est très aigu (45°).

Paralysie récurrentielle et paralysie des dilatateurs du larynx, par Gleitsmann (de New-York).

Paralysie récurrentielle et dilatateurs du larynx. Symptomatologie, par Clarence C. Rice (de New-York).

Paralysies récurrentielles et des dilatateurs du larynx. Diagnostic et traitement, par W. E. Casselberry (de Chicago).

Ces trois communications ayant paru dans le *Medical Record* se trouveront à la partie : *Analyses* des *Archives internationales de laryngologie.*

Kystes, abcès et œdème de l'épiglotte, par H. L. Swain (de New-Haven-Connecticut). — Il existe divers types distincts d'inflammation : kystes branchiaux avec gonflement récidivant, œdème de l'épiglotte avec formation d'abcès, dus peut-être à de petits kystes par rétention d'origine glandulaire, l'œdème fugitif du type simple ou local consécutif à l'inflammation de la gorge; il ne doit pas y avoir de confusion avec les deux types résultant de la périchondrite pure, comme celle qui survient après la fièvre typhoïde ou après le gonflement dur, et l'œdème léger que nous connaissons pour l'avoir vu dans la tuberculose et la syphilis. Tout cela doit être distingué de l'œdème généralisé dû à des causes organiques, à des brûlures ou autres traumatismes.

Quelques conjonctures chirurgicales associées à la tuberculose du larynx, par Ch. P. Grayson (de Philadelphie). — Étude de divers cas : œdème sous-glottique; périchondrite aryténoïdienne avec abcès; œdème inflammatoire aigu compliquant une infiltration interaryténoïdienne avec granulations, et œdème des replis aryténo-épiglottiques : tous cas ayant nécessité la trachéotomie. Celle-ci aurait pu être évitée si on avait soigné le larynx auparavant. Le praticien doit donc adresser le malade au spécialiste et ne pas perdre un temps précieux en faisant absorber des pastilles d'orthroforme, de cocaïne, ou en prescrivant des inhalations d'une utilité plus que douteuse.

Papillomes du larynx chez les enfants. Nouvelles considérations sur la question, par Payson Clark (de Boston).

Phénomènes essentiels de la production de la voix, par Mills (de Québec).

Phénomènes essentiels de la production de la parole, par Hudson Makuen (de Philadelphie). — Un résumé de cette communication se trouvera à la partie : *Analyses* des *Archives internationales de laryngologie.*

Hémorragie consécutive à une angine. Ligature de la carotide primitive. Guérison. Étude de 51 cas d'hémorragie dépendant de la suppuration pharyngée, par J. E. Newcomb (de New-York). — Cette communication a été publiée *in extenso* dans les *Archives*, n° de septembre-octobre 1908, p. 476.

La forme de la voûte palatine, par H. P. Mosher (de Boston).

Méthodes d'ouverture du sinus maxillaire. Présentation d'un nouvel instrument, par F. O. Roe (de Rochester). — L'orateur emploie, en suivant la voie naso-antrale, une pince en baïonnette rappelant les ciseaux d'André pour les cornets, après perforation de la portion antérieure de l'antre à l'aide du ciseau courbe de Myles.

La morphologie des cornets, par Ingersoll (de Cleveland). — Étude des cornets respiratoires et olfactifs dans les poissons, les reptiles, les oiseaux, les mammifères, les singes l'homme.

En résumé, chez les poissons, les cornets (sauf chez les dipnoïques) sont seulement olfactifs et formés de simples rebords recouverts de muqueuse olfactive. Chez les reptiles, l'organe nasal fonctionne comme respiratoire et olfactif; il y a donc les deux variétés de cornets. Ils sont cependant très simples. Chez les oiseaux, qui ont une fonction respiratoire plus développée, les cornets respiratoires sont plus différenciés encore. La muqueuse respiratoire est augmentée en surface grâce aux éléments recroquevillés et contournés des cornets. Les cornets olfactifs sont de simples rebords.

Chez les mammifères *microosmatiques*, tous les cornets sont très développés; leurs contours permettent l'extension de la muqueuse sur une grande surface dans un minimum d'espace. Chez les singes, les cornets ont tous dégénéré et sont revenus à des types plus primitifs. Chez l'homme, ils sont analogues à ceux du singe et très simples. On trouve des rudiments des 4e et 5e cornets ethmoïdaux. L'agger nasi (petite saillie osseuse placée en avant du cornet moyen) est le rudiment du cornet nasal. Ces rudiments existent plus souvent chez l'embryon que chez l'homme.

Signalons que l'article de l'auteur présente une particularité orthographique intéressante indiquant la tendance à la simplification : le mot *through : à travers*, est orthographié partout *thru*. On ne peut que louer M. Ingersoll de cette initiative et souhaiter de la voir s'étendre à d'autres mots.

V. — *RÉUNION DE L'ASSOCIATION MÉDICALE BRITANNIQUE*

à Sheffield, le mercredi 29 juillet 1908.

(Suite).

SECTION D'OTO-LARYNGOLOGIE

Président : WILKINSON (de Sheffield).

Compte rendu par DAN. MAC-KENZIE

Traduction par MENIER (de Figeac).

Résultats de l'épreuve du nystagmus chez les sourds-muets, par TWEEDIE. — Les épreuves comprennent les méthodes calorique et rotatoire; les recherches ont prouvé qu'un reste d'audition existait chez un nombre considérable des sujets examinés.

Dan. MAC-KENZIE (de Londres) remercie l'orateur d'avoir porté devant la section la question du nystagmus auriculaire. Tous connaissent le travail de Barany; Mac-Kenzie parle d'un article de Brockh qui s'occupe du même genre de recherches que Tweedie et avec les mêmes résultats. L'orateur espère que le dit travail stimulera à faire des recherches sur ces phénomènes, car il est incontestable que jusqu'ici nous n'avons fait qu'effleurer les limites d'une vaste question. Lui-même s'est adonné pendant quelque temps au sujet et bien qu'il ait fait beaucoup d'expériences, il n'est pas arrivé à des conclusions bien définies.

Les méthodes qu'il avait adoptées étaient rotatoires, mais Barany a montré que la méthode calorique était plus exacte que la rotatoire, car par la première on peut examiner chaque côté séparément.

L'orateur a vu dans un cas bien marqué de surdité hystérique et dans un autre cas soupçonné de surdité également hystérique qu'après rotation dans les deux directions, il n'y avait pas du tout de nystagmus ni de vertige. Il veut attirer l'attention sur cette constatation car c'est peut-être avec cette épreuve que nous avons un moyen de décider si la surdité est due à l'hystérie et, dans ce cas, la dite épreuve aurait une grande valeur pour le diagnostic de cet état souvent si entouré d'obscurité.

Démonstration de la méthode ostéoplastique d'opération sur le sinus frontal, par WATSON-WILLIAMS.

Remarques sur la paralysie du sixième nerf cranien (moteur oculaire externe) à la suite d'otite moyenne chronique suppurée avec compte rendu de deux cas, par J. STODDART-BARR. — La cause de la paralysie dans ces cas a été expliquée par Gradenigo. La suppuration s'étend de l'oreille moyenne, par la série des cellules pneumatiques, à quelques cellules au sommet de la pyramide tout près de l'endroit où le nerf moteur oculaire externe est placé dans un espace ostéo-périostique (espace de Durelo).

WATSON-WILLIAMS. Cette explication est plausible. Il relate un cas où la paralysie du nerf créa de graves inquiétudes avant l'opération

et après celle-ci, elle disparut spontanément. Il demande à Barr comment la paralysie fut produite dans ces cas.

Stoddart Barr. Le cas de Williams n'était pas une forme extraordinaire et a été décrit par Gradenigo comme survenant dans la suppuration aiguë de l'oreille moyenne.

La paralysie survint tard dans la maladie et était due à l'inflammation passagère de l'espace de Durelo.

Nouvelle opération pour fracture du nez avec enfoncement, par Ouston.

Vendredi 31 juillet 1908.

Discussion sur les méthodes de traitement de la suppuration du sinus maxillaire.

Saint Clair Thomson (de Londres) ouvre la discussion en disant que les cas simples guérissent presque tous. Les lavages du nez doivent être évités; mais on peut avoir avantage à faire des fumigations au benjoin, etc. S'il est nécessaire, la cavité peut être lavée par voie nasale ou dans quelques cas par le rebord alvéolaire. La forme aiguë peut durer quelques semaines ou même des mois et cependant disparaître sans opération. Si le cas est récent, on pourra différer l'intervention quelque temps, sans qu'il en résulte de dommage. Dans les cas compliqués, le lavage nasal a été adopté. L'orateur a vu que le lavage par l'ostium maxillaire n'est pas aussi bon, comme résultats, que celui par les autres voies. Il n'a pas été satisfait des aiguilles creuses de Killian, mais préfère la canule de Lichtwitz. Cette méthode donne des guérisons même dans des cas anciens.

Le *lavage buccal* a été adopté pour les cas chroniques non compliqués et a amené la guérison dans des cas de suppurations durant depuis des années. Cependant une récidive peut venir causer un désappointement.

Opération à travers les parois des sinus. — La route par la fosse canine seule est rarement suivie aujourd'hui. Dans l'opération de Caldwell-Luc, l'orateur ne suture pas la plaie buccale, car elle se ferme sans suture. Il fait une large ouverture dans le nez en évitant le cornet inférieur. Il curette de façon modérée et n'emploie ni caustiques, ni pansements.

Il peut y avoir échec dans les cas où la cavité se réinfecte, surtout par les cellules ethmoïdales. Pour ce motif, il a pour habitude d'enlever ces cellules et le cornet moyen.

L'infection peut venir aussi des sinus frontaux ou sphénoïdaux. L'échec peut venir aussi d'une cause anatomique comme lorsque le plancher de l'antre est au-dessous du plancher nasal. Il est important de conduire l'ouverture nasale le plus loin possible en avant pour obtenir accès à la paroi antérieure de l'antre.

Opération par la paroi antro-nasale seule. — Cette méthode fut proposée d'abord par John Hunter.

On lui objecte qu'on ne peut inspecter le contenu de la cavité.

C'était une simplification de celle de Caldwell-Luc ; mais elle ne peut être regardée que comme un procédé incomplet. L'orateur se demande si elle offre plus de succès que l'opération radicale. Le lavage permanent par l'alvéole est pratiqué quand les malades refusent l'intervention plus grave. Dans le cas où le sinus était un réservoir de pus, il faut traiter les autres sinus. Dans le cas de sinusite frontale, le sinus frontal doit être opéré avant qu'on intervienne sur l'antre d'Highmore.

Dans la ponction alvéolaire, il ne faut jamais sacrifier une dent saine.

Continuant l'exposé de la discussion, Logan Turner (d'Edimbourg) a examiné 180 cas d'affection du sinus non compliquée, qu'il a traités, pour tâcher de découvrir la méthode de traitement la plus appropriée. Le lavage simple fut adopté dans 168 cas avec environ 50 % de guérisons. C'est la méthode à préférer toujours chez les vieillards à cause du minimum de shock. Dans 12 cas, il a exécuté l'opération radicale comme mesure primitive.

Quant à la durée de la maladie, les cas récents (c'est-à-dire de moins d'un an de date) ont eu 84 % de guérisons par lavages, tandis que les cas anciens (plus d'un an de durée) ont eu 58 % de guérisons par lavages.

Pour l'étiologie, on ne put l'établir exactement que dans 117 cas sur 180. La recherche bactériologique fut faite pour différencier les cas d'origine dentaire de ceux d'origine nasale. Dans 71 cas d'origine nasale il y eut 89 % de guérisons, dans 46 cas d'origine dentaire, 68 % de guérisons.

Polypes du nez et lavage. — 18 cas sur 180 présentaient des polypes bien nets ; 15 furent traités par lavage et 10 guérirent ; pour ce motif, il ne semble pas que la présence de polypes indique qu'il faille faire tout de suite l'opération radicale. En réalité, il serait plus correct de dire que lorsqu'il y a polypes, il faut examiner les autres sinus.

Examen cytologique et bactériologique. — Dans les cas récents, le staphylocoque fut le microbe le plus souvent trouvé sous la forme pathogène ; les streptocoques sont moins fréquents. Dans les cas chroniques, d'autre part, la proposition est inverse : le streptocoque est plus souvent présent que le staphylocoque. Dans les cas chroniques l'orateur a vu que la présence de streptocoques avec lymphocytes et épithélium pavimenteux est une indication d'opération radicale immédiate.

S'il n'y a pas de streptocoques ou très peu, il faut employer d'abord le lavage. Même dans les cas récents, l'association de streptocoques avec les lymphocytes et l'épithélium squameux est un signe que l'affection a gagné le tissu sous-muqueux et que l'opération radicale est nécessaire.

Résultats du lavage. — 106 cas traités, 67 % de guérisons ; 81 % de guérisons par lavage nasal, et 60 % de guérisons par lavage alvéolaire.

Sur les cas récents traités par lavage nasal tous guérirent ; et sur ceux traités par lavage alvéolaire, il y eut 73 °/₀ de guérisons.

Sur les cas chroniques, 69 °/₀ de ceux traités par lavage nasal guérirent et 51 °/₀ de ceux traités par lavage alvéolaire furent guéris. Ces nombres montrent que l'opération nasale fut celle qui eut le plus de succès.

Dans le cas de l'ouverture alvéolaire, l'emploi de la canule obturante est un grand inconvénient et il arriva souvent que des cas anciens, porteurs du dit obturateur, guérirent simplement par sa suppression.

H. Tilley (de Londres) a vu que le lavage simple dans les cas aigus est souvent très utile pour soulager la douleur intense des stades du début ; on pourra le faire tous les jours pendant une semaine et on verra qu'il hâte la guérison. La pointe de l'aiguille doit être bien dirigée en haut de façon à éviter l'os épais près du plancher du nez. L'orateur a constaté que, dans l'opération de Caldwell-Luc, il était très utile d'enlever l'extrémité antérieure du cornet inférieur ; on assure ainsi un drainage et une ventilation complets.

On pourra avoir recours au drainage intranasal quand les autres sinus ne sont pas atteints et quand on regarde comme superflu de curetter la muqueuse. Beaucoup de cas purent être traités de cette façon, car la muqueuse tuméfiée guérit généralement après ouverture.

C. A. Parker (de Londres). Des deux méthodes d'opération radicale par voie intranasale, même celle de Caldwell-Luc n'a de succès que lorsqu'on fait une large ouverture dans le nez. La simple méthode intranasale est une opération rapide et aisée. Elle évite le risque d'infection de la joue, mais elle a l'inconvénient que nous ne pouvons faire des applications locales sur la paroi de l'antre. Cependant, les résultats ont été assez satisfaisants pour justifier cette opération. S'il est nécessaire, on pourra faire plus tard l'opération de Caldwell-Luc. L'orateur pense que la technique d'ouverture de l'antre par le nez pourrait être améliorée.

Wood (de Dublin). Il faut se rappeler qu'il y a une différence entre la suppuration dans l'antre et un abcès des parties molles. La paroi de l'antre ne s'affaisse pas et la cavité n'est pas tapissée de granulations, mais bien d'épithélium, de sorte que le drainage simple a moins de valeur que pour les abcès d'autres régions. Par suite, il faut enlever la surface épithéliale et la remplacer par une surface granulant. Il n'est pas nécessaire d'enlever le cornet inférieur pour lequel nous devons avoir le plus grand respect. Il se permet de mettre en doute la valeur des chiffres de Logan Turner et lui demande ce qu'il entend par guérison.

Dan. Mac-Kenzie (de Londres) condamne la ponction alvéolaire comme inefficace et antichirurgicale. Si on porte une canule obturante, on n'a pas de drainage, et si on n'en porte pas, le pus coule dans la bouche et favorise la septicémie buccale et, se mêlant aux aliments, est dégluti, fait que nous ne pouvons regarder d'un air

indifférent. Il estime que la simple ouverture intranasale donne dans la majorité des cas un drainage satisfaisant. Il conseille l'emploi d'un tube à très large calibre pour irriguer l'antre. Il n'est pas d'avis qu'il soit impossible de découvrir l'état de la membrane tapissant l'antre, à moins que l'ouverture ne soit faite dans la fosse canine. Il est possible par toucher digital, avec le petit doigt placé dans le nez, de s'assurer si oui ou non la membrane qui tapisse l'antre est polypoïde. Comme premier degré dans le traitement des cas chroniques, la route intranasale devrait être choisie de préférence à la voie alvéolaire. Si, plus tard, on trouvait que la méthode de Caldwell-Luc était jugée nécessaire, il ne résulte aucun dommage de la présence d'une large ouverture dans le nez.

Watson Williams (de Bristol). L'orateur évite le curetage de l'antre. Il demande aussi ce que Logan Turner entend par *guérison*, car la réinfection est fréquente. Par sa méthode simplifiée d'opération radicale, l'intervention n'est ni dangereuse, ni sérieuse. On peut faire une ouverture, avec un trépan, à travers la fosse canine et une ouverture semblable dans le nez à travers le cornet inférieur. L'inconvénient de la méthode intranasale, c'est qu'on ne peut dire à quoi on a affaire.

Haring. Il est difficile de dire quand un cas est guéri. Il y a beaucoup de cas latents où l'écoulement ne se montre que quand la maladie est réveillée, aiguillonnée par un coryza. Dans ces cas, l'orateur a vu que l'administration interne des iodures et des bromures a une grande valeur. Pour l'opération, sa méthode ordinaire est d'enlever l'extrémité antérieure du cornet inférieur et il a vu un cas où le fait d'avoir négligé d'agir ainsi a été responsable de la prolongation de la suppuration. Il considère la méthode intranasale comme non scientifique, parce qu'il est impossible avec elle d'obtenir des renseignements complets sur le revêtement de la cavité. Ses résultats avec le lavage alvéolaire ont été très peu satisfaisants.

Stuart Low (de Londres) demande une application à cette affection des principes généraux de la chirurgie. Si la maladie est aiguë, drainer par le nez. Il a trouvé que l'instrumentation de Killian est très utile. Il s'accorde avec les précédents orateurs pour condamner la ponction alvéolaire. Dans les cas chroniques, il fait le Caldwell-Luc. Lui aussi ne suture pas l'ouverture de la fosse canine, et il a bien soin d'enlever à fond le revêtement. Celui-ci se régénère rapidement, comme l'a montré l'examen, fait par Wyatt Wingrave, des parties curettées enlevées de l'antre. Il n'est pas sage de mutiler le cornet puisqu'il est nécessaire et, à l'exemple de Killian, il n'enlève que le tiers moyen.

Georges Jackson (de Plymouth). A son avis, la présence de polypes dans le nez est due à la carie de la région ethmoïdale, comme il l'a montré dans un article qu'il a lu à Exeter.

Jobson Horne (de Londres). Le travail de Logan Turner est très important, car il s'occupe de la bactériologie et de la cytologie de cette affection. Après évacuation de la cavité, il faut examiner le liquide retiré pour décider quelle opération on doit adopter.

Ses résultats ont été à peu près les mêmes que ceux de Logan Turner. Il est opposé à l'opération intranasale qu'il compare à une opération sur l'oreille moyenne qu'on ferait par le méat au lieu d'aller sur le rocher.

Saint-Clair Thomson, en répondant, demande à Logan Turner si la transillumination ou la fétidité de l'écoulement a de la valeur pour décider l'opération qu'il faut préférer. Il a été étonné des succès obtenus par Logan Turner avec le lavage alvéolaire. Les remarques de Parker sont encourageantes.

Logan Turner, répliquant, dit qu'il n'est pas toujours possible de dire quels cas doivent être traités par irrigation, quels cas doivent être traités par curettage; mais, dans tous, il faut adopter des méthodes scientifiques. L'inspection de la cavité n'est possible que par la méthode de Caldwell-Luc. Il a totalement abandonné la ponction alvéolaire. Il reconnaît qu'il est difficile de dire quand un cas est guéri, à moins que ce soit quand l'écoulement a cessé. Il a constaté que l'opacité à la diaphanoscopie existait même après guérison.

Cellules pneumatiques accessoires dans le septum nasal comme développement rare du sinus sphénoïdal, par C. A. Parker. — Ces cellules ont été trouvées au cours d'une résection sous-muqueuse. Elles semblaient provenir d'un développement excessif du sinus sphénoïdal en bas et en avant dans l'intérieur du septum.

Logan Turner parle de l'existence occasionnelle d'une cellule accessoire dans l'apophyse crista galli, communiquant avec les cellules ethmoïdales antérieures.

Saint-Clair Thomson. J'ai rencontré un cas analogue de cellule accessoire dans la même apophyse crista galli; elle fut révélée par les rayons X.

Deux cents cas d'injection de paraffine pour remédier aux difformités nasales, par Walker Downie.

Andrew Wylie a vu que la paraffine froide injectée dans le nez s'est déplacée quelquefois vers le front et vers les paupières.

Walker Downie. Injectée à froid, la paraffine pénètre en masse; mais, injectée à chaud, elle se répand dans les espaces du tissu et se divise en fines particules; après qu'elle s'est déposée et coagulée, jamais elle n'a émigré. Il a employé la celloïdine et, pendant l'injection, a limité la propagation de la paraffine par la compression digitale.

La rhinite atrophique; sa pathologie, ses symptômes, son traitement, par James Adams.

Complications cérébrales des affections nasales, par le prof. Onodi.

VI. — *SOCIÉTÉ DANOISE D'OTO-LARYNGOLOGIE*

Séance du 14 octobre 1908.

Président : Prof. H. Mygind.

Secrétaire : Mahler.

Compte rendu par Jörgen Möller.

Traduction par M. Bloch (de Paris).

Cas de kyste laryngé avec pédicule de longueur inusitée, par Vald. Klein. — Homme de 74 ans; enrouement de plus en plus marqué depuis 9 mois. La voix pendant de nombreuses années a toujours été rude. Au cours du mois dernier survinrent des accès de suffocation lorsque le malade se couchait sur le dos, la nuit. La muqueuse du larynx est hyperhémiée en avant, de telle sorte que les cordes vocales sont en partie cachées. Pendant la phonation, les cordes n'arrivent pas à se toucher et entre elles se trouve enclavée une tumeur de la grosseur d'un pois, tumeur qui exécute un mouvement ascensionnel pendant la phonation.

La tumeur prend probablement son origine dans la moitié droite du larynx. La tuméfactian de la muqueuse empêche de déterminer d'une façon précise son point d'insertion. On procède à l'ablation de la tumeur au moyen de l'anse froide : elle est lisse, a la forme d'une saucisse, sa longueur est de 2 cm. 1/2, son diamètre mesure 1 cm. On aperçoit maintenant son point d'insertion sur le tiers antérieur de la fausse corde droite. Microscopiquement (Dr Gregersen), son extrémité distale cupuliforme contient un kyste rempli d'un liquide séreux, dont la paroi est constituée par un prolongement du tissu conjonctif sous-muqueux ; sa surface est recouverte d'un épithélium normal. Aucune apparence de malignité. Le kyste semble avoir été produit par rétention glandulaire.

Présentation d'une malade atteinte de néoformation tuberculeuse laryngée, guérie par la thyrotomie, par E. Schmiegelow. — Femme de 49 ans, enrouement depuis janvier 1907. Toux légère et expectoration. Aucun amaigrissement, jamais d'hémoptysie. Admission le 10 juin à la clinique oto-laryngologique de l'hôpital Frédéric. On trouve une infiltation bosselée de la fausse corde gauche ; la corde gauche est immobilisée. Biopsie : carcinome pavimenteux. La malade est tranférée à l'Hôpital Saint-Joseph où l'on constate de la matité aux deux sommets et une respiration rude. Le 26 juin, après introduction d'une canule de Hahn, on pratique la thyrotomie.

Ablation des deux fausses cordes et curetage de la face interne du cartilage thyroïde. Au microscope, on trouve dans les tissus enlevés des tubercules et des cellules géantes. Le 2 juillet, la plaie était guérie. La malade a été ultérieurement dans un sanatorium et se trouve aujourd'hui très bien portante. La voix est un peu enrouée mais bien timbrée. L'intérieur de la glotte a un aspect légèrement cicatriciel ; légère sténose. Mais on ne trouve pas trace de processus tuberculeux.

Le fait curieux est que la biopsie, faite par un homme très compétent, a fait diagnostiquer un carcinome : de plus il est étonnant qu'une tuberculose aussi étendue ait guéri radicalement. Si Schmiegelow s'était douté qu'il s'agissait de tuberculose, il ne se serait pas hasardé à faire une thyrotomie ; car, d'après lui, les interventions larges, externes sur un larynx tuberculeux donnent souvent un coup de fouet à la tuberculose pulmonaire : il a perdu plusieurs malades par granulie. La guérison semble vraisemblablement due à l'exérèse énergique de tous les tissus malades, à l'occlusion immédiate de la plaie opératoire, au maintien de la canule trachéale empêchant une irritation post-opératoire des voies aériennes.

Impressions oto-laryngologiques au cours d'un voyage d'études aux États-Unis, hiver 1907-1908, par N. Rh. Blegvad. — Les Américains sont très partisans de la spécialisation, tant au point de vue de la vie pratique, qu'à celui des études scientifiques : sur les 3.400 médecins de Chicago, on compte environ 300 auristes et laryngologistes, c'est-à-dire 10 °/₀. Dans les autres pays la proportion est de 2 °/₀. Les causes de cette disproportion tiennent aux moyens de communication faciles, à la médiocrité des études médicales, à la grandeur des cités américaines. L'éducation médicale s'est cependant perfectionnée dans ces dernières années; en effet, « l'Association of American Medical Colleges » a fixé la durée minima des études médicales à 4 ans. L'oto-laryngologie est obligatoire et l'enseignement de cette spécialité est bien fait dans la plupart des Universités : il y a pour l'enseigner des « professors » ou des « clinicals professors ». En outre on trouve partout des « postgraduate schools» importantes dans lesquelles les médecins trouvent un enseignement complémentaire. On trouve de pareilles écoles exclusivement consacrées à l'étude de l'oto-laryngologie et de l'oculistique, à Chicago et à la Nouvelle-Orléans par exemple, et dans d'autres villes. Là sont formés des spécialistes qui, plus tard, iront exercer dans de toutes petites villes et qui écrivent beaucoup. Parmi les 43.430 publications rhino-laryngologiques parues depuis 1884, 15.022, c'est-à-dire plus d'un quart proviennent des États-Unis. En 1899, sur un total de 2.365 publications, 1000 proviennent de l'Amérique.

Le spécialiste américain se distingue par ses idées très personnelles, par sa puissance de jugement, par sa puissance de travail et en particulier — dans l'ouest et dans le sud — par son amabilité et son hospitalité à l'égard des confrères. De nombreux oto-laryngologistes se sont perfectionnés plus ou moins longtemps en Europe, notamment à Vienne, beaucoup d'autres n'ont fréquenté que les « postgraduate schools ». Parfois leur « curriculum vitæ » est tout à fait « américain ». On a l'espoir d'avancer très vite, d'autant plus qu'on ne craint pas de confier des places de première importance à de jeunes médecins. Les praticiens plus âgés en effet cessent de travailler relativement de bonne heure.

En général, les spécialistes ont leur cabinet de consultation dans

les quartiers commerçants des grandes villes, souvent dans ces grands immeubles qui, dans leurs vingt étages, peuvent héberger jusqu'à 100 médecins. De nombreux oto-laryngologistes travaillent debout tandis que les malades sont assis sur des sièges de dentiste. Les instruments sont réunis dans une petite table très pratique munie de nombreux tiroirs. Leur comptabilité se fait d'après le « Kartothek-System ».

La plupart des hôpitaux permettent à tout médecin de choisir ses malades et de les soigner; de plus, on trouve dans les grandes villes des hôpitaux ne prenant exclusivement que des malades nécessitant des soins oto-laryngologiques ou oculistiques. Dans ce genre, le plus bel hôpital est de date récente, c'est le « Manhattan Eye, Ear and Throat Hospital » de New-York. Cet hôpital est un hôpital modèle : aux deux étages inférieurs se trouvent les locaux administratifs et la policlinique, au 6e étage est installée la salle d'opération et aux étages intermédiaires sont situées les salles de malades qui comprennent 125 lits au total. L'année dernière on y a soigné 3.591 malades (34.000 journées de maladie). A la Policlinique on a soigné 26.645 malades parmi lesquels 4.742 pour des affections d'oreille et 5.415 pour des affections du nez et de la gorge. On a donné environ 100.000 consultations, on a pratiqué 6.072 opérations, dont 855 sur l'oreille et 2.352 sur le nez et le larynx. L'établissement appelé « New-York Eye and Ear Infirmery » est de date plus ancienne et contient 131 lits: en 1907, on y a soigné à demeure 3.641 malades ; à la policlinique on a traité 30.422 malades pour les yeux et 11.520 pour les oreilles.

L'adénotomie est pratiquée presque partout sous anesthésie générale complète, le plus souvent au moyen de la curette, quelquefois à la pince. Les amygdales sont énucléées en général radicalement, en ce sens qu'on commence par libérer les amygdales d'avec les piliers, puis l'on procède avec le bistouri ou aux ciseaux à leur énucléation. L'opération paraît rationnelle lorsqu'il s'agit d'amygdalites à répétition ou d'abcès péri-tonsillaires chez l'adulte : chez l'enfant elle est inutilement radicale. On pratique beaucoup la résection sous-muqueuse des déviations de la cloison : les procédés sont nombreux, le plus parfait est celui de Freer, de Chicago, aussi bien comme technique que comme instrumentation. Les Américains sont très avancés en ce qui concerne la broncho-œsophagoscopie : il faut placer en tout premier rang, Jackson, de Pittsbourg ; ses instruments sont très pratiques et c'est à lui que nous devons la gastroscopie. Les Américains ne se bornent pas seulement aux interventions endo-laryngées, ils entreprennent également des opérations plus importantes, la laryngectomie, la résection de l'œsophage, les opérations concernant les goitres ; ils pratiquent dans le cas de paralysie faciale l'anastomose entre le nerf hypoglosse et le facial.

Fracture de l'os temporal. Rupture du sinus transverse. Hématome épidural. Présentation de la pièce, par P. Tetens Hald. — Le malade a fait une chute sur la tête le 22 septembre. Lors de l'ad-

mission à la clinique chirurgicale il était sans connaissance, on constatait sur le derrière de la tête une plaie contuse étoilée : hémorragie considérable par l'oreille droite, épistaxis et hématémèses. On fait passer le malade à la clinique neurologique. Le 23 il est sans connaissance, mais réagit cependant aux impressions tactiles et douloureuses. Pas de paralysies nettes. Le malade succombe 36 heures après sa chute.

A l'autopsie, on constate un trait de fracture horizontal séparant l'écaille du temporal de la portion pétreuse ; le trait de fracture se continue sur l'occipital. Sur le rocher, on trouve une fracture parallèle à son grand axe, et une fracture oblique. L'antre et la caisse du tympan sont remplis de caillots sanguins. Sur la paroi externe du sinus transverse on constate une rupture de 2 centimètres de long à travers laquelle on voit un caillot de sang dans l'intérieur du sinus ; enfin au-dessus du sinus on trouve un hématome épidural. Le tissu cérébral était légèrement contus.

Ce cas est assez rare ; de plus, il présente un intérêt thérapeutique même en admettant que la mort du malade ait été consécutive au traumatisme du système nerveux central ; on ne peut dénier que l'hémorragie épidurale et la compression cérébrale en résultant ont pu jouer un certain rôle. Le malade aurait peut-être été sauvé, si chirurgicalement on avait pu enrayer l'hémorragie sinusienne. Il y aurait peut-être là une indication suffisante pour découvrir méthodiquement le sinus dans les cas de traumatismes de l'oreille ou de la nuque, accompagnés de manifestations cérébrales graves. Le dommage ne serait pas bien considérable pour le malade et si par cette intervention on sauvait un blessé, cet unique succès serait une raison suffisante pour adopter cette manière de faire dans tous les cas semblables.

L'auteur a publié ce cas pour une autre raison encore : il voudrait avoir l'avis des membres de la Société sur le mécanisme de l'hémostase dans les hémorragies du sinus. Dans un cas comme celui qui vient d'être décrit, l'hémorragie continuera jusqu'à ce que la pression dans l'espace épidural soit égale à celle du sinus. Il n'est donc pas douteux que dans la plupart des cas de tamponnement après ouverture chirurgicale du sinus, les parois de ce sinus sont refoulées l'une contre l'autre ; dans la suite le sang se coagulera dans le voisinage du lieu de compression et le caillot s'organisera plus tard. Il existe peut-être un autre mécanisme, plus rare : le sinus n'est pas entièrement comprimé ; les parois de la plaie sont simplement rapprochées et le sang coagulé dans le tampon émet un petit prolongement entre les lèvres de la plaie, prolongement qui ferme cette plaie, tandis que le sinus reste perméable au courant sanguin. Cette hypothèse a été échafaudée par l'auteur à la suite d'une observation clinique : lors d'une trépanation double, Hald eut affaire à une hémorragie sinusienne bilatérale ; il dut donc tamponner des deux côtés : il ne survint aucune manifestation cérébrale. Il est par conséquent vraisemblable qu'un des sinus au moins a dû rester perméable.

Un cas de polype de l'œsophage (Fibrome lymphangiectasique), ablation par œsophagoscopie. Présentation de la pièce, par P. Tetens Hald. — Il s'agit d'un homme de 58 ans, présentant de la dysphagie depuis deux ans, dysphagie de plus en plus accentuée. Il lui semblait que les aliments solides s'arrêtaient en un point de son œsophage; puis survenaient des douleurs et des vomissements. Pendant ces derniers 18 mois, il ne s'est nourri que de mie de pain, de poisson et de liquides. La plus grosse bougie olivaire passait parfaitement par l'œsophage : pas de rétention ventriculaire. A l'œsophagoscopie, la muqueuse paraissait irrégulièrement tuméfiée un peu au-dessous du cartilage cricoïde ; sa coloration était rouge foncé ; le calibre de l'œsophage était diminué. Lors d'une œsophagoscopie ultérieure, on constata que la majeure partie de l'œsophage était normale, mais lorsqu'on retira le tube, apparut subitement à l'embouchure une excroissance polypoïde. Elle se trouvait à 20 centimètres des arcades dentaires. On procéda immédiatement à l'ablation du polype : longueur 4 cm., diamètre 1/2 centimètre. Histologiquement il s'agissait d'un fibrome lymphangiectasique. Ultérieurement à l'œsophagoscopie on constata partout un aspect normal, sauf en amont du cardia où la muqueuse était un peu tuméfiée et rouge. On a fait une biopsie de cette muqueuse : les résultats de cette biopsie ne sont pas encore connus.

Après l'ablation du polype, les symptômes dysphagiques disparurent peu à peu : une paralysie récurrentielle gauche constatée trois semaines auparavant, a rétrocédé. La radioscopie ne permet pas de voir un anévrysme aortique typique, cependant l'ombre de l'aorte est un peu plus large que normalement.

Les tumeurs bénignes de l'œsophage sont assez rares et constituent ordinairement des trouvailles d'autopsie. Ce qui est intéressant, c'est de savoir si ce polype relativement petit était l'unique cause des difficultés de la déglutition. Il est possible que sa structure lymphangiectasique lui ait permis d'acquérir par stase de plus grandes dimensions. En fait la dysphagie a disparu en grande partie après l'ablation de la tumeur. Malgré tout, l'aspect de la muqueuse dans la partie inférieure de l'œsophage peut rendre perplexe, même si microscopiquement cette muqueuse n'est pas malade. Il faudra soumettre le malade à une observation prolongée, pour pouvoir affirmer la véritable étiologie de cette dysphagie.

VII. — *SOCIÉTÉ BERLINOISE D'OTOLOGIE*

Séance du 29 mai 1908.

Président : Lucae.

Secrétaire des séances : Schwabach.

Compte rendu par A. Sonntag (de Berlin).

Traduction par Menier (de Figeac).

Sur les aveugles sourds, par G. Brühl. — Tandis que depuis plus de cent ans, on s'occupe des aveugles et des sourds pour lesquels on

a créé des écoles de sourds-muets et des établissements d'aveugles, on n'avait pas fait grand'chose, jusqu'à il y a quelques années, pour les malheureux qui étaient à la fois sourds et aveugles. Ce n'est que depuis quelques années qu'il existe des asiles d'aveugles-sourds, à Nowawes et à Kretschendorf, dans lesquels se trouvent pour le moment 16 enfants.

Inspiré par la lecture d'Hélène Keller, l'orateur entreprit de soumettre à un examen soigneux ces 16 aveugles-sourds. Par aveugles-sourds, il faut comprendre, non seulement les malades qui sont absolument sourds et n'ont aucune impression lumineuse, mais même tous les enfants qui, bien doués intellectuellement, entendent trop mal pour pouvoir recevoir l'enseignement dans une école de jeunes aveugles et y voient trop peu pour être admis dans l'école des sourds-muets. Des 16 aveugles-sourds examinés qui ont de 6 à 32 ans, il y en a 8 du sexe masculin et 8 du sexe féminin. Dans 13 cas, c'est la même maladie qui est responsable de la surdité et de la cécité, à savoir : syphilis, 6 fois; méningite, 4 cas; scrofule, rougeole, diphtérie scarlatineuse, chacune 1 cas. Dans les 3 autres cas, la surdité était deux fois congénitale et une fois due à une affection d'oreille, tandis que la cécité devait dans 2 cas être attribuée à la syphilis et dans un cas à l'ophtalmie blennorrhagique des nouveau-nés.

Donc, dans 50 % des cas, la syphilis était la cause de la cécité. Dans les 6 cas, où la syphilis provoqua les deux affections, la cécité et la surdité survinrent en même temps dans 4 cas; dans 1 cas, la surdité survint 10 ans avant la cécité et dans 1 cas, la cécité survint 10 ans avant la surdité. Il est important de s'occuper des nourrissons syphilitiques, car, avec un diagnostic fait à temps, un grand nombre pourraient être mis à l'abri de la surdité-cécité. Dans aucun des cas, la cécité et la surdité n'avaient été ensemble congénitales, et cela serait très rare, si même cela se présente jamais.

Les examens de 150 sourds-muets de l'École municipale de sourds-muets, faits par le docteur Kann, à l'instigation de l'orateur, ont indiqué une rareté relative d'anomalies oculaires congénitales pouvant conduire plus tard éventuellement à la cécité.

Sur les 16 aveugles-sourds, 15 avaient de graves altérations des milieux réfrigents, de telle sorte qu'un examen du fond de l'œil était impossible. Ce n'est que dans un seul cas qu'on trouve : atrophie du nerf optique, après méningite.

Sur les 32 organes visuels, 17 étaient frappés de cécité totale, 3 avaient une perception lumineuse, 8 pouvaient compter les doigts à 3 mètres de distance ; 4 pouvaient lire l'imprimé ras des yeux.

22 oreilles étaient complètement sourdes ; 3 entendaient les voyelles ; 3 avaient l'audition des mots.

Donc, en général, l'oreille avait, plus que l'œil, souffert du fait de la maladie étiologique.

Le développement intellectuel était bon chez 12 malades ; faible chez trois ; un enfant est idiot. Sur les 16 aveugles-sourds, 11 parlent

bien; 1 ne prononce que peu de mots; 4 ne parlent pas. Sur les 11 qui parlent bien, la surdité survint, chez 7 enfants, avant l'âge de 7 ans.

On peut classer de la façon suivante, les aveugles-sourds à admettre dans les asiles à eux spécialement destinés :

1er groupe : Totalement sourds et totalement aveugles (7 cas).
2e — — — avec résidus visuels (3 cas).
3e — — aveugles avec reliquats auditifs (1 cas).
4e — Sourds avec reliquats auditifs et aveugles avec reliquats visuels (5 cas).

L'orateur termine en exprimant le vœu que son exposé puisse avoir une action inspiratrice et que l'œuvre commencée (fondation d'asiles pour les aveugles-sourds) ait un développement prospère.

Enseignement des aveugles-sourds. Présentation de quelques élèves, par Riemann. — L'orateur, directeur de l'Asile d'aveugles-sourds de Nowawes, fait remarquer qu'il ne faut pas fonder d'espérances trop hautes sur les résultats de l'enseignement des aveugles-sourds, comme on pourrait le croire, après la lecture d'Hélène Keller. Bien que, dans le livre d'Hélène Keller, il ne manque pas d'exagérations, cependant, les progrès et succès réels ne doivent être attribués qu'à la collaboration de l'écolière excessivement bien douée avec une institutrice géniale. Les méthodes d'enseignement consistent dans l'alphabet manuel, l'écriture Braille et le langage des gestes. Il est important que l'enseignement commence de bonne heure, car, autrement, les enfants ne perdent que très difficilement ce qu'ils ont connu. Il va sans dire que la date de l'apparition de la maladie et les qualités dont sont doués les enfants ont une grande importance. Chez nombre d'enfants la mémoire est extraordinairement bien développée. Les enfants apprennent le premier mot par l'alphabet manuel, comme les enfants pourvus de tous leurs sens l'apprennent par la voix articulée. Par exemple, on met dans une des mains de l'enfant, une balle et dans l'autre main, à l'aide de l'alphabet digital, on inscrit, en épelant, les signes : *b-a-l-l-e*. Chaque fois qu'on donne la balle à l'enfant, on répète la manœuvre, jusqu'à ce que (ce qui parfois demande des mois entiers) l'enfant ait compris que les signes désignent l'objet et qu'il fasse lui-même les signes quand il veut qu'on lui donne la balle. Le reste de l'enseignement se fait par une méthode pratique. Plusieurs pupilles de l'établissement de Nowawes présentés à la Société montrent les résultats vraiment brillants de cette méthode d'enseignement.

Lucae. J'ai connu un aveugle-sourd qui avait acquis une idée des positions des lèvres, parce que son maître lui avait prescrit (il était tourneur) de tourner des corps qu'il plaçait dans sa bouche. Une sphère représentait la forme de la bouche pour *a*, un corps ovoïde la position pour *o*, etc.

Séance du 3 juillet 1908.

Opération du sinus maxillaire, par Sturmann. — L'orateur présente une malade chez laquelle il a opéré par voie intra-nasale, le sinus maxillaire par une nouvelle méthode. Avec anesthésie locale, à l'entrée du nez, on incise à travers la peau de l'aile du nez, sur l'ouverture piriforme et on écarte, du côté facial et du côté nasal, les parties molles; puis, on fait pénétrer le ciseau, en haut et en bas, au niveau de l'ouverture piriforme et on enlève le fragment avec la cisaille pour les os. On peut alors enlever de grands fragments d'os des deux côtés, de sorte que le sinus est ouvert à l'inspection et au traitement.

L'anesthésie locale est parfaite si l'on injecte une solution de cocaïne-adrénaline par la bouche, au niveau de la canine, entre le périoste et l'os et si l'on fait une deuxième injection entre la muqueuse et l'os de la paroi latérale du nez. Les résultats furent bons dans 4 cas.

Présentation d'appareil, par Schaefer. — L'orateur, rappelant la démonstration faite par lui à la séance de mars, présente un appareil de Schultze, de modèle plus réduit. pour la détermination facile, commode et exacte de la limite supérieure du son; il est assez maniable pour l'usage pratique.

On passe ensuite à l'ordre du jour.

Présentation de pièces, par Wagener. — C'est une tumeur rétro-auriculaire provenant d'un homme, montré, il y a deux ans, à la Société. Le malade qui avait, depuis de longues années, des bourdonnements et du vertige est complètement sourd depuis plus de 10 ans. Comme la tumeur était inopérable, le traitement ne put être que symptomatique. C'était un épithélioma, à marche lente très torpide qui avait absorbé tout le temporal.

Carcinome de la base du crâne, par Claus. — Le malade avait une otite moyenne suppurée chronique et avait été envoyé à la clinique parce qu'on soupçonnait un abcès cérébral otogène; il avait des douleurs de tête intolérables. Le côté droit du nez était rétréci sous forme de fente par la saillie en avant de la paroi latérale du nez. La rhinoscopie postérieure montra sur le toit du pharynx une tumeur du volume d'une fève, rouge jaunâtre, légèrement bosselée. Il survint bientôt une paralysie du voile du palais et le malade mourut de paralysie de la respiration.

La préparation anatomique montre un volumineux cancroïde qui, partant probablement du pharynx, avait envahi les deux sinus sphénoïdaux, le frontal gauche et le sinus maxillaire gauche. L'axis était fortement repoussé contre la moelle allongée.

Tumeur maligne de la fosse nasale gauche, par Claus. — Carcinome à cellules cylindriques qui avait transformé le cornet infé-

rieur en une tumeur bosselée bleu-rougeâtre foncée, saignant avec facilité.

Topographie de la fenêtre ronde chez l'homme, par Katz. — L'orateur présente des vues stéréoscopiques qui montrent avec une netteté extraordinaire, les conditions anatomiques si compliquées. La dénomination *fenêtre ronde* n'est pas tout à fait exacte, car la forme est généralement ovale ou triangulaire.

La fenêtre du limaçon des vertébrés, par Beyer. — Seuls les vertébrés d'organisation supérieure ont une véritable fenêtre cochléaire ; chez les autres, l'ouverture opposée de la fenêtre vestibulaire, ouverture située dans la paroi labyrinthique, ne sert qu'à l'écoulement du liquide périlymphatique vers l'intérieur du crâne.

L'orateur montre sur des projections la situation de la fenêtre cochléaire par rapport à la fenêtre vestibulaire, au canal creux du limaçon, et leur grandeur le plus souvent considérable chez les oiseaux. D'autres images de mammifères montrent comment le développement des cavités lacunaires dépend de la situation de la fenêtre cochléaire, en ce sens que cette dernière s'ouvre presque toujours du côté de la plus grande lacune aérienne, fait qu'il n'est pas facile de faire concorder avec nos théories sur la perception du son.

Lucæ. Je crois que le fait signalé par l'auteur, à savoir que chez l'homme la niche de la fenêtre ronde est détournée de l'axe du conduit, ne parle pas contre l'idée que les vibrations de l'air de la caisse sont transmises à la membrane de la fenêtre ronde, car, la tension de l'air dans une cavité close est partout égale. Les animaux dont la fenêtre ronde est située directement vis-à-vis du conduit auditif entendent certes mieux, ce qui doit être mis sur le compte de leur volumineuse bulle.

Boyer. Je pense que chez les fœtus plus encore que chez le singe, la fenêtre cochléaire s'ouvre directement du côté du conduit auditif.

VIII. — *SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE DE LONDRES*

Section Otologique.

Président : Peter Mc Bride

Compte rendu par A. Raoult (de Nancy).

Séance du 27 juin 1908.

Suppuration de l'oreille moyenne ; phlébite du sinus latéral ; abcès cérébral, par P. Mc Bride. — Le malade avait été soigné dans son enfance par George Hunter pour écoulement de l'oreille droite. Hunter avait enlevé des séquestres du maxillaire inférieur et de l'os temporal. L'oreille gauche suppurait depuis 2 ou 3 ans. Quand l'auteur l'examina, il souffrait depuis 4 jours : le pavillon était projeté en avant, néanmoins la douleur à la pression n'était marquée qu'au

niveau du tragus. L'ouverture de la mastoïde devait se pratiquer lorsqu'un écoulement abondant de pus se fit spontanément par le conduit, la douleur cessa et le malade refusa toute intervention. On ne revit celui-ci que trois mois après; il éprouvait des vertiges avec vomissements, nystagmus et tous les signes d'une lésion du labyrinthe. Il accepta l'opération. L'auteur pratiqua, le 16 janvier, l'ouverture de la mastoïde et ferma la plaie postérieure par la méthode de Brühl; mais la température présenta les jours suivants des oscillations.

La plaie fut ouverte à nouveau le 5 février; l'auteur enleva du sinus un caillot volumineux. La température redevint normale.

Puis le 16 février, le malade fut pris de vomissements avec état de stupeur, symptômes qui augmentèrent le lendemain. Hunter, Mc Bride et Dowden pratiquèrent le 17 février une nouvelle intervention. Ils ne trouvèrent de pus ni dans le cervelet, ni dans le lobe temporo-sphénoïdal.

Le pouls se releva les jours suivants et l'on put voir que le pus provenait d'un trajet suivant la direction du sinus, variant en quantité. L'état de stupeur du malade réapparut et le 1er mars on élargit à nouveau l'ouverture cranienne. Néanmoins, on ne put trouver la direction du pus. A la suite se produisit de l'amélioration et Dowden trouva le 7 mars la cavité de l'abcès dans le lobe latéral du cervelet; elle fut évacuée et drainée. Depuis, le malade est en bonne voie de guérison.

Opération pour thrombose du sinus sigmoïde, par A. Logan Turner. — La malade âgée de 17 ans, se présenta avec des douleurs dans les membres comme au début d'une attaque d'influenza; elle dit avoir eu un abcès de l'oreille qui avait été incisé quelques jours auparavant. Elle fut prise de frissons. Bientôt la membrane tympanique qui semblait d'abord normale, présenta un gonflement dans le quadrant postérieur, puis la mastoïde devint douloureuse. On pratiqua la paracentèse de la membrane tympanique et l'ouverture de la mastoïde. L'antre contenait un peu de pus. Le sinus fut mis à découvert, on incisa sa paroi et on aperçut sa lumière obstruée par un caillot. Ligature de la jugulaire interne, enlèvement du caillot. Le pus de la caisse et le caillot contenaient du staphylococcus pyogenes aureus.

On fut obligé quelques mois après de faire une cure radicale, parce qu'il restait une fistule à la partie supérieure de la mastoïde.

Malade opéré pour un abcès du lobe temporo-sphénoïdal gauche, au cours d'une otite moyenne suppurée récente, par A. Logan Turner. — Le malade fut atteint d'une otite moyenne aiguë au mois de juillet 1907. Le 13 octobre, il avait de la fièvre, se plaignait de douleurs dans l'oreille gauche et le côté gauche de la tête. La membrane tympanique est saillante en haut et en arrière; écoulement purulent. Les vomissements apparaissent. Le malade est opéré le 20 octobre (trépanation de la mastoïde). Il se produit une certaine

amélioration, puis la céphalée réapparaît, avec de la perte de la mémoire.

Un large abcès s'ouvre par le toit de l'antre venant du lobe temporo-sphénoïdal. Le pus contenait du streptocoque.

Préparations macroscopiques et microscopiques provenant d'un cas d'abcès du lobe temporo-sphénoïdal avec trombose du sinus sigmoïde gauche, par A. Logan Turner et Henry Wade. — Le malade, atteint depuis plusieurs années d'otite moyenne bilatérale, a eu, en 1900, un abcès temporo-sphénoïdal du côté droit opéré par Cotterill. En mars 1907, Turner fait une cure radicale à gauche avec ligature de la veine jugulaire interne et enlèvement d'un thrombus du sinus sigmoïde. Le pus et le thrombus contenaient du proteus vulgaris.

Au mois d'octobre 1907, le malade rentra à l'hôpital, émacié, ne pouvant marcher sans aide, avec tendance à tomber du côté droit; nystagmus des deux yeux en regardant à droite et parésie du droit externe; tremblement du bras gauche dans les mouvements volontaires; exagération du réflexe patellaire. Pas de Babinski, surdité absolue. Il existait une zone douloureuse à la pression au-dessus de la partie antéro-supérieure de la région cérébelleuse gauche. Cellules polynucléaires : 80 %. Exploration du cervelet gauche, on ne trouve pas d'abcès. La mort survint 4 jours après l'opération. A l'autopsie on ne trouva pas d'abcès.

Injection du sinus latéral, pneumonie et péricardite, ligature de la veine jugulaire. guérison complète, par W. Permewan. — Il s'agit d'un enfant de 10 ans atteint d'une otite aiguë datant de 5 jours. La température présentait des oscillations de la normale jusqu'à 40°5; un peu de sensibilité derrière la mastoïde. La mastoïde et l'antre furent ouverts : ils contenaient du pus. Le lendemain : frisson et 40°8 ; on explore le sinus latéral qui est thrombosé ; le sinus est largement ouvert, nettoyé puis tamponné. La veine jugulaire est mise à nu et excisée. Le lendemain, on trouve des signes de péricardite et de pneumonie. On pratique à plusieurs reprises des injections de sérum antistreptococcique. Le malade a bien guéri.

Deux malades opérés de mastoïdite avec préservation de la membrane et des osselets, par A. Logan Turner — Chez ces deux malades atteints de suppuration ancienne de l'oreille, l'auteur a pratiqué la cure radicale, en enlevant le pont de l'aditus, sans déplacer l'enclume. A la suite la membrane tympanique s'est cicatrisée, la suppuration a cessé et l'audition s'est améliorée.

Suite anormale de la cure radicale mastoïdienne, par W. G. Porter. — Le malade, âgé de 16 ans, était atteint d'une ancienne suppuration de l'attique avec perforation de la membrane de Schrapnell.

En raison des douleurs d'oreilles fréquentes, l'auteur pratiqua la cure radicale, enleva la paroi externe de l'attique. Durant le traitement post-opératoire, des granulations abondantes se formèrent (on n'avait pas fait de pansement compressif depuis la première semaine), et la cavité devint si rétrécie qu'on dut pratiquer une seconde intervention. A la place de la paroi externe de l'attique on trouva de l'os dégénéré et dans un récessus un point osseux, carié. Ce dernier fut enlevé et on sectionna largement le conduit. La guérison est complète.

Greffes partielles faites avec l'aide de l'anesthésie locale dans le traitement post-opératoire de la cure radicale mastoïdienne, par J. Stoddart Barr. — Par ce procédé, l'auteur a pu diminuer la durée de la cicatrisation.

Il enleva une large greffe au niveau de l'avant-bras, après injection sous-cutanée de codrénine.

Cette greffe qui doit être fine, transparente est maintenue à l'extrémité d'un tube de verre, réuni par un tube de caoutchouc à un embout de verre que l'opérateur tient dans la bouche. La greffe maintenue au bout du tube, comme un parapluie fermé, est passée à travers un spéculum vers la face interne de la caisse. On souffle dans le tube et la greffe vient s'accoler aux parois de la cavité opératoire. On peut faire une greffe pour la caisse et une pour l'antre. On insuffle ensuite de la poudre de xéroforme pour couvrir les greffes, puis on place de petits tampons de gaze dans tous les récessus.

La gaze est enlevée au bout d'une semaine, puis on fait doucement une injection saline et on insuffle du xéroforme. Au bout de quelques jours on commence le pansement à l'alcool. Par ce procédé le traitement est de beaucoup raccourci.

Malade opéré de vestibulotomie, par J.-S. Fraser. — Il s'agit d'un enfant de 11 ans, présentant une double otorrhée depuis 8 ans. A droite, on trouve un polype volumineux, de la suppuration abondante et de la sensibilité mastoïdienne ; à gauche, des granulations, venant de la paroi postérieure du conduit osseux. La surdité est très accusée à droite.

L'enfant ne peut se tenir debout les yeux fermés : vertige et nystagmus lorsqu'on pratique une injection dans l'oreille droite.

L'antre droit est ouvert le 22 avril 1908 ; il est rempli de granulations, venant de la paroi postérieure du conduit osseux ; pus dans l'antre. La cure radicale est effectuée ; le marteau est enlevé, on ne trouve pas l'enclume.

La saillie du canal semi-circulaire externe était rugueuse, rouge ; il fut ouvert. Cette ouverture fut poursuivie jusqu'à l'ampoule ; on ne trouva pas de pus. La fenêtre ovale était couverte de granulations.

Le vestibule fut ouvert dans cette région, en élargissant la fenêtre

ovale en bas et en avant ; il s'écoula un liquide clair en petite quantité. Les granulations de l'oreille gauche furent curetées.

Les vomissements continuèrent deux jours après l'opération. Les pansements furent difficiles à cause de l'indocilité de l'enfant. Un mois après il reste un peu de vertige et de nystagmus, mais bien moins marqués qu'avant l'opération.

Suites de l'ablation des deux vestibules pour guérison du vertige, par George Gibson et Richard Lake. — La malade en question a été présentée à la Société otologique de la Grande-Bretagne le 6 mai 1905. Elle était complètement sourde et se plaignait de très violents vertiges. Le 2 janvier 1905, on enleva l'oreille interne du côté droit et la même opération fut pratiquée à gauche le 17 janvier 1906. Le procédé opératoire fut décrit dans le *Lancet* du 6 janvier 1906.

La malade présente une paralysie faciale droite complète. La surdité est complète des deux côtés, il n'existe pas de vertiges, l'équilibre est parfait. L'état général est bon.

Méningite otitique avec coupes histologiques du labyrinthe montrant la présence de streptocoques, par Sydney Scott. — L'otite moyenne succéda à une angine à streptocoques ; à la suite labyrinthite et lepto-méningite.

Il s'agit d'un enfant de 3 ans et demi, présentant des ulcérations de la gorge, puis, qui fut pris de convulsions et présenta un écoulement de l'oreille gauche. Le liquide céphalo-rachidien contenait des leucocytes abondants ; pas de signes de Kernig, ni de nystagmus.

L'auteur pratiqua la cure radicale, il ne trouva pas de pus dans l'antre, ni dans l'oreille moyenne, pas d'abcès extra-dural. La paroi externe du labyrinthe semblait normale ; il existait seulement de l'inflammation de la muqueuse par places. La fosse cranienne postérieure fut explorée : il s'écoula du liquide céphalo-rachidien contenant des streptocoques.

A la suite de l'opération, pas d'amélioration, les convulsions continuent puis le coma survient et la mort deux jours après.

A l'autopsie, on trouve du liquide céphalo-rachidien abondant et trouble dans les ventricules ; on y trouva la présence de streptocoques. Des coupes histologiques de l'os pétreux montrent le labyrinthe infiltré de nombreuses cellules rondes et contenant des streptocoques en abondance.

Notes préliminaires sur l'examen cytologique de l'écoulement dans des cas d'otite moyenne et de suppuration du sinus maxillaire, par John M. Darling. — Dans 10 cas d'otite moyenne suppurée, l'auteur a trouvé de nombreuses cellules squameuses semblables à celles du cholestéatome, sans que l'on ait observé ce dernier au cours de l'opération.

Dans 40 cas de sinusite maxillaire, l'auteur pratiqua une ponction de la cavité qui fut ensuite lavée ; l'examen du liquide révéla la

présence de myélocytes, de lymphocytes en excès et de l'épithélium cylindrique (dans 4 cas) et pavimenteux (dans 9 cas).

Dans 9 cas récents, il a trouvé des cellules, du pus à noyau polymorphe et des mononucléaires.

IX. — *SOCIÉTÉ BELGE D'OTOLOGIE, DE LARYNGOLOGIE ET DE RHINOLOGIE*

Session de 1908

Congrès annuel à Bruxelles

(*Suite*)

Président : C. Delmarcel (de Louvain).

Compte rendu par C. Hennebert (de Bruxelles).

De l'examen du sang dans les complications endocraniennes des otites et des sinusites de la face rapport par Fallas (de Bruxelles). — Ce rapport, très complet et très intéressant, se prête difficilement à un résumé.

Nous nous bornons à en donner les conclusions :

1° L'examen du sang au cours des otites et des sinusites de la face et de leurs complications pourra fournir des renseignements précieux en révélant certains états particuliers tels que : retard de coagulation, hémoglobinémie, mélanémie, présence d hématies nucléées qui peuvent mettre sur la voie du diagnostic d'une affection contemporaine et ainssi faire varier considérablement le pronostic.

2° Les propriétés du sérum pourront révéler soit une fièvre typhoïde, soit une tuberculose aiguë concomitante à une otite, affection qui ferait croire à une complication endo-cranienne.

3° Le nombre des hématies et la quantité d'hémoglobine diminuent en général avec la durée et le degré de l'infection, mais ces données ne peuvent servir à différencier les complications endo-craniennes des otites ou des sinusites faciales.

4° La leucocytose avec polynucléose tout en étant généralement parallèle au degré d'infection, est avant tout une réaction de défense organique individuelle, variable avec une foule de circonstances. Alors qu'un nombre très élevé de leucocytes fera plutôt penser à une thrombose sinusienne, si l'examen du liquide céphalo-rachidien est négatif, il fera pencher le diagnostic vers la méningite généralisée s'il est positif. Ce signe n'a d'ailleurs qu'une valeur toute relative et ces complications ont été observées avec une polynucléose peu élevée. Le nombre des observations publiées n'est pas assez considérable et il y a lieu de poursuivre les recherches sur ce point.

Il en est de même pour « l'iodophilie » qui d'après les travaux de Küttner, pourrait fournir des éléments précieux de diagnostic.

Les globules éosinophiles ne semblent avoir d'importance qu'au point de vue pronostic : leur nombre augmente dans la convalescence.

5° Quant à la présence des microbes dans le sang, c'est là un signe de la plus haute importance pour le diagnostic d'une septicémie ou

pyohémie, mais il n'est pas constant. Tout en impliquant un pronostic sérieux, la présence de streptocoques dans le sang ne doit pas nécessairement faire porter un pronostic fatal.

CHEVAL. Depuis notre réunion de juin 1907, mon service a procédé d'une manière systématique à des recherches sur l'examen du sang, du liquide encéphalo-rachidien et du fond de l'œil chez 22 sujets différents dont 21 furent opérés : parmi ceux-ci 2 furent opérés bilatéralement, soit 24 cas.

Ces 24 cas se décomposent comme suit :

16 cas de mastoïdite sans complication endocranienne.

7 — — avec — —

1 — fracture du rocher, guéri sans opération.

Les 16 cas non compliqués d'affections endocraniennes, se sont présentés sous forme de :

	EXAMEN DU SANG			EXAMEN DU LIQ.		EXAMEN (au fond de l'œil)	
	hyper. leuco.	hyper. polyn.	N.	position	normal	altér.	normal
Mastoïdite avec carie du rocher : 8 cas dans lesquels on a :...	4	3	4	1	7	1	7
Mastoïdite aiguë : 3 cas dans lesquels on a :.....	2	1	1	1	2	1	2
Cholestéatome : 4 cas dans lesquels on a :.....	1	0	3	1	2		3
Bezold : 1 cas dans lequel on a :			1		1		1
Ces 16 cas ont donné :.....	7	4	9	3	12	2	13
La fracture du rocher a donné :	1			1			1
Les 7 cas de complications endocraniennes se divisent en :							
1 cas d'abcès extra-dural non compliqué qui a donné :....	1	1			1	1	
1 cas d'abcès extra-dural compliqué d'abcès péri-sinusal dans lequel :.....			1		1	1	
1 cas d'abcès extra-dural compliqué de thrombose du sinus latéral droit.....	1	1			1	1	
2 cas d'abcès péri-sinusal	2	0			2		2
1 cas de thrombo-phlébite non compliquée à droite (*Bezold*).	1	1					
1 cas de thrombo-phlébite compliquée de méningite de la base et de la convexité.....	1	0		1			1
Ces 7 cas ont donné :.....	6	3	1	1	5	3	3

L'inspection de ce tableau démontre :

1° Que l'examen du sang indique des altérations de ses éléments figurés dans tous les cas où le sinus est thrombosé ;

2° Que conséquemment, ces altérations sont beaucoup plus fréquentes dans les cas où une complication endo-crânienne a été constatée ;

3° Que l'examen du sang ne peut suffire à lui seul pour fixer le diagnostic de la lésion ;

4° Que l'absence d'éléments figurés dans le liquide encéphalo-rachidien n'a pas de valeur sémiologique ;

5° Que la présence d'éléments figurés est presque constante dans les infections méningées ;

6° Que ce signe, de même que l'hyperleucocytose, peuvent être interprétés comme un signe de la réaction de défense de l'organisme.

Il faudra toujours rechercher les déformations et les altérations des polynucléaires.

7° Que les altérations du fond de l'œil sont plus nombreuses dans les complications endocraniennes de l'otite que dans les mastoïdites non compliquées ;

8° Que leur absence n'a pas de valeur séméiologique ;

9° Que leur constatation est importante, elle peut être un élément de diagnostic très intéressant ;

10° Des conclusions qui précèdent, il semble résulter que des études prolongées s'imposent. Elles devraient être organisées un peu partout sur un schéma uniforme pour pouvoir en tirer des conclusions bien fermes.

Cheval propose de conserver cette question à l'ordre du jour des réunions de la société.

Quelques cas de polysinusites de la face opérés de cure radicale, par Delsaux (de Bruxelles). — Dix malades ont été opérés depuis trois ans et demi environ. Tous ne sont pas guéris et cela tient à divers ordres de faits que l'auteur résume comme suit :

Trois des dix malades étaient atteints de suppuration chronique polysinusale, des deux côtés ; quatre avaient de la participation sphénoïdale.

Aucun n'avait de localisation unique.

Des trois malades non guéris, deux étaient porteurs de fronto-ethmoïdo-maxillarites chroniques bilatérales. Chez le premier, il fut impossible de réséquer l'os propre du côté gauche et l'apophyse montante du maxillaire, car il fallait éviter la déformation de la face.

Le second malade n'a été opéré que d'un seul côté, pour des raisons extra-médicales.

Enfin la 3e malade a récidivé au frontal après avoir fait ses couches ; l'ethmoïde avait été incomplètement enlevé.

Quant au procédé à suivre, il varie suivant les cas ; il n'y a rien de fixe, mais le procédé général est celui de Moure pour l'enlèvement des tumeurs malignes de l'ethmoïde.

Delsaux s'est rallié, dans les cas de polysinusite fronto-ethmoïdale bilatérale, à curetter le second sinus et l'ethmoïde par le sinus opposé après résection du septum intersinusal.

On pourrait aussi, comme l'a préconisé Watson Williams, faire la résection temporaire de l'os propre d'un côté, et la résection de l'autre côté.

Dans deux cas, l'auteur a employé le procédé de Kuhnt ; la déformation n'est pas trop sensible si l'on a soin de bien réséquer l'os en biseau.

Il n'y a aucun inconvénient à faire l'ouverture de tous les sinus en une seule séance si l'on est bien au courant de la technique.

L'auteur ne croit pas nécessaire de revenir sur ce dernier point, qui a été développé dans une séance antérieure.

Broeckaert laisse systématiquement en place le cornet inférieur.

Il ne détermine pas à l'avance le procédé auquel il recourra et se guide sur les dimensions du sinus et l'état des lésions.

Il n'est pas de l'avis de Moure que l'opération d'Ogston Luc est la méthode de choix dans la cure de la fronto-ethmoïdite.

Toujours il résèque l'ethmoïde antérieur parce que toujours il participe à la suppuration.

Œsophagoscopie et trachéo-bronchoscopie, par Trétrôp (d'Anvers). — L'auteur qui pratique l'œsophagoscopie et la trachéo-bronchoscopie depuis plus de cinq ans avec les tubes de Killian est arrivé à simplifier beaucoup le matériel nécessaire. Il emploie les nouveaux tubes-spatules avec tubes intérieurs à glissière de Killian et comme éclairage le miroir de Clar ordinaire.

Il décrit un œsophago-trachéo-fantôme des plus simples et il conseille de s'exercer sur des chiens endormis par la méthode de Dastre et Morat.

Suit la relation succincte des cas les plus récents qu'il a traités :

1° *Œsophage.* Un cas de plaie de l'œsophage par instrument piquant; un cas de corps étranger : grande arête de poisson ; des cas de corps étrangers supposés ; un cas de cancer que l'œsophagoscopie a démontré n'être qu'un spasme ; trois cas de cancer de l'œsophage dont un avec prélèvement pour examen microscopique.

2° *Larynx et trachée.* Deux corps étrangers du larynx : un fragment d'enveloppe de pépin de pomme et une fine arête de poisson enfin un cas de papillome encore en traitement.

Trétrôp cite les cas d'asthme guéris par traitement bronchoscopique et conclut qu'en présence des services et de la simplicité de la méthode, il convient que tout spécialiste puisse y recourir.

Faits de trachéoscopie et de laryngoscopie directes, par Guisez (de Paris). — L'auteur a eu l'occasion de diagnostiquer :

1° Plusieurs cas de corps étrangers des bronches ;

2° Un cas intéressant de valvule congénitale de la trachée et au-

dessous d'elle, une saillie herniaire de l'œsophage dans la trachée ;

3° Un cas de tumeur fibreuse de la trachée, très profondément située et à pédicule bien visible et qui fut enlevée par trachéoscopie directe ;

4° Un cas de compression de la trachée par un goitre plongeant (au niveau des 4e et 5e anneaux).

5° Un enfant chez qui on supposait un corps étranger de la trachée et chez qui existait une compression de la partie inférieure de la trachée par adénopathie trachéo-bronchique.

Du diagnostic œsophagoscopique dans différentes formes de sténose de l'œsophage, par Guisez (de Paris). — L'auteur montre diverses figures représentant les aspects normaux et pathologiques de l'œsophage à l'œsophagoscope.

Normalement, la paroi œsophagienne suit les mouvements respiratoires et cardiaques ; en cas de lésions épithéliomateuses, cette paroi offre une fixité caractéristique.

Il cite, parmi les cas qu'il a eu l'occasion d'observer :

1° Un cas très rare de malformation congénitale : une valvule au niveau du cardia, ne laissant qu'un tout petit pertuis ; la section de cette valvule sous l'œsophagoscope donna un bon résultat provisoire ;

2° Plusieurs cas de sténose cicatricielle, où il put faire le cathétérisme et la dilatation ;

3° Plusieurs cas de sténose par compression externe ; ces cas sont assez fréquents et sont toujours diagnostiqués : cancer de l'œsophage ; sur 10 cas de ce genre, il s'agissait 6 fois d'ectasie aortique ; une fois, d'une compression du cardia par tumeur du foie ; une fois, d'un cancer de la grande courbure comprimant l'œsophage ;

4° Enfin des cas de spasmes et de contractures de l'œsophage : ce sont les cas qui ont le plus bénéficié de l'œsophagoscopie au point de vue diagnostic ; dans le spasme, les plis de l'œsophage sont rectilignes au lieu d'être ondulés. Il a traité, par dilatation forcée, 5 cas de cardiospasme très graves ; dans 3 cas, le résultat fut très bon et maintenu par application de courants de haute fréquence, à action antispasmodique.

Jacques (de Nancy) dans deux cas de sténose œsophagienne chez l'enfant, a placé des bougies à demeure pendant plusieurs jours ; il a obtenu de cette méthode, facile à appliquer, de très bons résultats.

Kyste prélaryngien opéré et guéri, par Trétrôp. — L'auteur relate l'histoire d'un homme adulte atteint de kyste développé au-devant du larynx depuis trois ans. Ablation sous anesthésie locale et guérison « per primam ».

Le kyste était de nature sébacée, il avait le volume d'une grosse noix.

Sténose laryngée ayant amené la mort subite, par Trétrôp. — L'auteur relate l'observation d'un malade qui asphyxia brusquement avant qu'on pût lui porter secours. A l'autopsie, les cordes se touchaient au point d'empêcher tout passage d'air.

Il existait un certain gonflement de la région aryténoïdienne droite et, faisant saillie dans l'œsophage, en arrière, une petite tumeur lobulée assez consistante de la paroi latéro-postérieure droite à mi-hauteur.

L'auteur a voulu montrer la pièce intacte avant d'en faire des coupes microscopiques.

Thiosinamine et fibrolysine dans le traitement des scléroses auriculaires, par De Stella (de Gand). — L'auteur expose les résultats obtenus en deux années d'expérimentation clinique avec ces deux produits ; il a choisi indifféremment tous les cas de surdité avec ou sans bourdonnements, soit par sclérose labyrinthique, sclérose de l'oreille moyenne, soit par otite adhésive. Il a exclu les surdités d'origine nettement centrale, névrite acoustique ou surdité nerveuse, hystérique. Deux produits furent essayés : la thiosinamine en solution aqueuse antipyrinée (formule du Dr Michel) et instillée dans l'oreille ; la fibrolysine de Merck donnée en injections hypodermiques ou intramusculaire.

Résultats. — Dans l'otosclérose ancienne où déjà les lésions fibroïdes ou autres ont filtré dans le labyrinthe, les deux produits n'ont aucune influence ni sur les bourdonnements, ni sur la surdité. Dans la sclérose de l'oreille moyenne, quelle que soit son origine, avec fixation des osselets, avec formation de brides fibroïdes dans la caisse, surtout si le Rinne est largement négatif, une amélioration notable de l'ouïe peut être observée. Les bourdonnements sont moins influencés.

Dans l'otite franchement adhésive à la suite d'anciens catarrhes, ou de processus suppuratifs de la caisse, avec Rinne très négatif, a surdité et même les bourdonnements, s'ils existent, sont largement amendés.

Quel produit faut-il préférer ? Il n'hésite pas à accorder toutes les préférences aux injections de fibrolysine, chaque fois qu'elles sont possibles.

La solution aqueuse antipyrinée de thiosinamine bien que moins irritante que la solution alcoolique, amène encore très souvent une congestion douloureuse dans la caisse et peut réveiller une suppuration éteinte, dans les cas d'ancienne otorrhée avec perforation. On y voit cependant très nettement les brides fibreuses se dissoudre. Même cette action de la thiosinamine sur le tissu fibreux cicatriciel n'est pas toujours sans inconvénients.

Il avait ordonné des instillations de la solution Michel dans une oreille frappée d'otite adhésive à la suite d'ancien catarrhe ; au bout de dix jours, survient une inflammation douloureuse, une ancienne perforation est ouverte par fonte du tissu fibreux qui la comblait.

Avec les injections de fibrolysine la fonte du tissu fibreux dans la

caisse est moins rapide ; mais d'autre part on ne s'expose pas aux inconvénients des instillations de thiosinamine : la réaction douloureuse dans la caisse, l'éveil d'un processus suppuratif tari, ou même l'ouverture d'anciennes perforations cicatrisées.

Méningite séreuse et surdité, par De Stella. — La clinique et es recherches anatomo-pathologiques ont prouvé depuis longtemps que la méningite est une cause fréquente de surdité.

Dans ce travail, De Stella démontre que non seulement les méningites purulentes, lepto-méningites, méningites tuberculeuses, méningites cérébro-spinales épidémiques, mais encore les méningites toxiques, simples, séreuses et aseptiques, si fréquentes dans la première enfance et appelées souvent par leur syndrome « méningisme » peuvent devenir facteur de surdité.

Cas I. — Une petite fille âgée de 10 ans, sans antécédents héréditaires ni personnels bien remarquables, à part une rougeole compliquée d'otite moyenne purulente guérie depuis longtemps, gagne brusquement tous les symptômes de méningite. Au 3e jour de son affection, on constate une surdité totale, alors que l'intelligence de l'enfant et la parole sont conservées intactes.

Au 6e jour, l'enfant est encore en pleine puissance de méningite : maux de tête violents, léger strabisme, vertige, signe de Kernig, vomissements et ralentissement du pouls. A droite, ancienne otorrhée tarie avec perforation ; à gauche, l'organe semble normal ; la surdité est complète. La ponction lombaire ramène un liquide clair qui sort en jet ; l'analyse cytologique y fait découvrir une lymphocytose discrète et l'examen bactériologique démontre qu'il est aseptique.

Amélioration notable et rapide après la ponction ; guérison complète, à part la surdité, qui reste totale.

Diagnostic. Méningite séreuse, toxique par infiltration dans les méninges de toxines probablement d'origine gastro-intestinale. En effet, l'enfant ne fut atteint d'aucune autre affection infectieuse.

Pathogénie. Cette méningite a-t-elle amené des lésions méningo-encéphaliques au niveau des centres acoustiques corticaux, dans les circonvolutions temporales ou bien une infiltration dans l'organe de Corti ? L'autopsie seule pourrait trancher cette question.

Cas II. — Un petit garçon de 12 ans, sans antécédents pathologiques est atteint de parotidite double épidémique. Au 6e jour, symptômes non équivoques de méningite : céphalées, vomissements, vertige, raideur de nuque, signe de Kernig. Trois jours plus tard, l'entourage constate une surdité totale ; ici encore on ne relève aucun trouble de la parole, ni de l'intelligence. Le même jour, on enlève 15 cmc. de liquide encéphalo-rachidien clair, qui traduit de la lymphocytose et est trouvé parfaitement aseptique L'organe de l'ouïe semble normal ; mais la surdité est totale. Dès le lendemain de la ponction, il y eut une amélioration notable, à part la surdité qui semblait encore complète ; au surlendemain, seconde ponction qui 24

heures après est suivie d'une légère amélioration de l'ouïe. Bientôt, la convalescence s'achève, mais une surdité de nature centrale partielle reste.

Diagnostic. Méningite simple, séreuse par infiltration de toxines ourliennes.

Pathogénie de la surdité. Il serait encore impossible de dire si la méningite a entraîné des lésions centrales corticales ou des lésions périphériques de névrite acoustique.

Conclusions : 1° Les méningites insidieuses, toxiques, aseptiques, séreuses, essentielles ou symptomatiques d'une autre affection infectieuse, extrêmement fréquentes dans la première enfance peuvent entraîner la surdité totale ou partielle, sans laisser d'autres traces de passage.

2° La ponction lombaire sera non seulement un élément de haute valeur diagnostique pour ces méningites, mais faite d'une manière précoce, elle sera un bon moyen préventif et curatif des accidents de ces méningites.

Quelques cas de complications de l'opération des végétations adénoïdes, par Fallas. — Dans le premier cas, il s'agit d'une petite fille de 13 ans qui n'avait jamais été réglée et chez qui l'ablation des adénoïdes fut suivie d'une hémorragie grave. Dès le mois suivant les menstrues s'établirent pour se continuer d'une façon régulière.

Dans le second cas il s'agit d'un adulte porteur d'une otite purulente chronique à qui on enleva sous chloroforme une végétation, une crête et une queue de cornet. La narcose fut très laborieuse à cause de l'état nerveux du patient qui se débattit au point de se jeter à différentes reprises de la table d'opération. Quatre jours plus tard apparurent des symptômes d'abcès pulmonaire terminé heureusement par guérison après plusieurs vomiques.

L'auteur croit que l'abcès est dû à l'aspiration de sang ou de fragments de végétations au cours de l'opération. Il met en garde contre la narcose générale pour l'opération des végétations de l'adulte et recommande la position de Rose.

Mastoïdite réchauffée. Thrombose sinusienne, par Fallas. — Il s'agit d'un malade évidé à droite le 18 juillet 1907 pour mastoïdite réchauffée. Etant donnés les symptômes d'infection généralisée, le sinus est mis à nu et paraît sain. Cependant la rémission ne se fait pas complète, et le 26 se produit une grande ascension thermique avec frissons.

Le sinus thrombosé est ouvert et tamponné aux deux bouts. Dès lors tous les symptômes disparaissent sauf une névrite optique droite qui persiste encore sans changement trois mois plus tard.

La répression du charlatanisme en matière otologique, par Trétrôp (d'Anvers). — Publié *in extenso*, p. 550, n° de sept.-oct. 1908.

X. — *SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE DE BERLIN*

Séance du 15 mai 1908.

Président : Professeur Fraenkel.

Compte rendu par Max Scheier.

Traduction par Menier (de Figeac).

Cas de cancer de l'amygdale, par Lebram. — Pendant longtemps la tumeur fut considérée comme une affection syphilitique.

Cautérisation à l'air chaud dans la tuberculose laryngée, par Rosenthal. — La malade avait une tuberculose laryngée diffuse. Après plusieurs interventions endo-laryngées, on fit la laryngofissure et on cautérisa à l'air chaud. Au bout de trois mois, récidive à la paroi postérieure du larynx.

Cas d'amygdale surnuméraire, par Lewinstein. — L'amygdale s'étend du repli tubo-pharyngien jusqu'à la ligne médiane du pharynx.

Préparation de cancer de l'œsophage, par Grabower. — Le cancer avait pénétré dans la trachée et provoqué une paralysie du récurrent. Les crico-aryténoïdiens postérieurs et les apophyses vocales sont dégénérés.

Préparation microscopique de queues de cornets inférieurs, par Alexander.

Pince pour l'ablation de reliquats de tumeurs adénoïdes, par Lennhoff.

Electrode pour la gorge, par Katzenstein. — L'étrier à ressort est fait en matière isolante.

Résection sous-muqueuse de la cloison, par E. Meyer — L'orateur opère d'après les indications de Killian, mais avec l'instrumentation de Freer. L'incision de Hajek n'est bonne que pour les subluxations ; celle de Freer pour les saillies volumineuses. Il prolonge l'incision de Killian jusque sur le plancher du nez ou encore latéralement jusqu'au cornet inférieur. Il fait écarter les feuillets muqueux, décollés, non plus avec le spéculum de Killian, mais à l'aide d'un long crochet mousse. Pour la résection du cartilage, il emploie le bistouri de Ballenger. La suture est inutile. Après l'opération : tamponnement. Les indications doivent être exactement posées. Si le rétrécissement nasal est provoqué, en plus de la déviation, par une hypertrophie des cornets, la suppression des hyperplasies doit être préférée à la résection du septum.

Halle : Dans 4 ans 1/2, j'ai fait l'opération 500 fois sur un chiffre

d'environ 8000 malades. Pour donner plus de solidité au septum, j'implante après l'opération un fragment droit de cartilage, entre les feuillets de la muqueuse.

Senator : Les malades qui ont été traités par les plus remarquables opérateurs présentent, parfois 15 jours après l'intervention des perforations de la cloison. Peut-être les vaisseaux, l'appareil lymphatique et les nerfs trophiq es ont-ils été lésés ? d'où nécrose.

Séance du 5 juin 1908.

Cas de morve chronique, par Ressom. — On voit une ulcération à la lèvre supérieure ; elle a déjà attaqué le maxillaire supérieur et détruit une partie de l'apophyse alvéolaire. Sur la voûte palatine, on voit plusieurs cicatrices profondes. Les piliers postérieurs adhèrent à la paroi postérieure du pharynx. Perforation du voile et perte de substance de la luette. Séro-réaction de Wassermann : négative. Le père du sujet mourut de la morve ; le sujet lui-même avait beaucoup affaire à des chevaux morveux. L'iodure de K aggrave l'affection. Le diagnostic fut confirmé par l'examen bactériologique.

Cas de rhino-sclérome, par Lewinstein. — La maladie dure depuis 7 ans. Sous-glottiquement on trouve des deux côtés des bourrelets épais, rouge pâles ; les cornets inférieurs sont transformés en bourrelets rose pâles saignant facilement lors de l'exploration au stylet.

A propos de la discussion de la résection sous-muqueuse du septum, Finder s'élève énergiquement contre la trop grande extension donnée aux indications par Halle. Les données subjectives des patients ne seraient pas toujours ce qui doit nous régler : seules des raisons *obligatoires* doivent nous décider à opérer, Bruck, Rosenberg, Lewy, Schötz, Scheier, Fränkel prennent part à la discussion.

Séance du 12 juin.

Cas de nœvus vasculaire de la joue et du voile du palais, par Hempel.

Cas de lupus du larynx, par Max Scheier. — Dans la plupart des cas, le siège du lupus est la partie supérieure du larynx. Dans le cas présenté, l'épiglotte est tout à fait intacte. A la place de la bande ventriculaire droite, on voit chez l'homme en question, enroué depuis plusieurs années déjà, et dont le larynx a été souvent opéré par d'autres il y a trois ans, une tumeur volumineuse à surface granuleuse, bosselée, de consistance dure ; pas d'ulcération nulle part. Lors de la phonation, la tumeur dépasse aussi tout à fait la corde gauche. On a d'abord pensé à une tumeur maligne. Traitement énergique par frictions à cause du soupçon de syphilis ; pas de résultat. En faveur du lupus parlait aussi le fait que dans l'enfance,

le sujet avait eu une grande perte de substance de la partie antérieure de la cloison du nez. L'examen microscopique indique du lupus.

Nouvelle méthode de l'ouverture de l'antre d'Highmore, par Sturmann. — La paroi latérale de l'ouverture piriforme est anesthésiée, puis on incise dans cette paroi par le vestibule du nez et l'on décolle le périoste du côté facial et du côté nasal. La paroi osseuse mise à nu est enlevée au ciseau et à la pince, jusqu'à ce qu'on ait devant soi l'antre largement ouvert.

Cas de pulsation de l'amygdale palatine, par Davidsohn. La pulsation est transmise ; il existe un anévrisme aortique.

Sur l'importance des rayons X pour la rhinologie, par Max Scheier. Peu de temps après la découverte des rayons de Röntgen, Scheier avait introduit la radiographie comme méthode d'examen rhino-laryngologique et exposé dans les *Archives internationales de Laryngologie*, 1896 qu'à l'aide de ce procédé on pouvait déterminer ; si les cavités accessoires existaient ; quelle est leur étendue ; il a aussi établi la grande importance de ces rayons pour le diagnostic des empyèmes des sinus. Tandis que dans ses premiers travaux il ne prenait que des profils de la tête, il indiqua plus tard dans le *Traité de Radiologie médicale* qui fut édité en 1904, par le prof. Bouchard, que, grâce aux progrès de la technique il pouvait prendre aussi des radiogrammes dans le diamètre occipito-frontal. Tandis que la radiographie de profil indique les dimensions des sinus frontaux, maxillaires et sphénoïdaux en direction verticale et sagittale et nous renseigne en certains points sur la région ethmoïdale, la photographie d'arrière en avant nous montre le sinus maxillaire et le sinus frontal et les cellules ethmoïdales des deux côtés, séparés sur la plaque et nous indique le diamètre en largeur et la hauteur de la cavité. Les deux photographies doivent se compléter. Ainsi, dans les cas où les parois osseuses du sinus frontal d'un côté sont très épaisses ou que le sinus de ce côté est très petit, le sinus frontal ressort très mal ou pas du tout, dans la photographie en direction sagittale, sur le fond obscur, et même cela pourrait simuler l'absence d'un sinus frontal. Par contre, dans un cas de ce genre la photographie de profil ou l'éclairage latéral montrera très bien et à coup sûr le sinus. Avant toute photographie, il faut faire l'éclairage direct avec les rayons de Röntgen que l'orateur regarde comme très important. Il discute la technique de la photographie radiographique et des nombreuses sources d'erreurs qui peuvent se présenter dans la radiographie de la tête, et les nombreuses erreurs que l'on fait dans l'interprétation de la plaque elle-même. Puis il passe aux avantages que les rayons de Röntgen possèdent vis-à-vis de la simple transillumination électrique. Même les empyèmes des

sinus frontaux et maxillaires donnent souvent sur le négatif une ombre visible. Dans les empyèmes chroniques guéris, il ne se produit pas toujours un éclaircissement de l'image, mais il persiste une opacité modérée qui provient d'altérations irréparables de la muqueuse. L'orateur présente plusieurs röntgenogrammes où l'on aurait dit qu'il y avait obscurité du sinus maxillaire, alors que celui-ci était parfaitement normal. Les rayons de Röntgen ne suppriment pas absolument les autres méthodes antérieures d'examen pour le diagnostic des empyèmes des cavités accessoires, ils servent plutôt à confirmer ces méthodes et sont un précieux moyen de contrôle pour l'examen clinique, un auxilliaire excellent pour corroborer un diagnostic fait déjà d'une autre manière.

Le Röntgenogramme, dans les cas où il montrera une ombre dans une cavité donnée nous amènera à rechercher exactement dans cette cavité l'existence éventuelle d'un empyème et nous donnera maint point de repère qui nous facilitera toute l'interprétation de l'affection. Si la radiographie nous montre les cavités absolument claires, on n'a pas encore le droit de conclure que le sinus est décidément indemnne. On a constaté que l'obscurité peut manquer justement dans les cas où le sinus a encore un bon écoulement et où, au moment de la radiographie, la cavité était évidemment remplie d'air en grande partie. Un diagnostic d'empyème, bien fondé sur les symptômes cliniques, ne doit pas être démoli par une radiographie négative. De même, on n'est pas plus justifié à diagnostiquer, de par l'obscurité d'une cavité sur la radiographie, l'existence d'un empyème, alors que cliniquement, on ne trouve rien du tout.

L'examen des cavités accessoires à l'aide des rayons de Röntgen, par Preiser.

Affections laryngées dans la sclérose en plaques, par Graeffner. — L'orateur rapporte 39 cas avec 4 procès-verbaux d'autopsie. Pas de modifications aux cordes vocales dans 34 0/0 ; modifications stables dans 12 0/0 ; altérations passagères dans 54 0/0 des cas.

XI. — *ACADÉMIE DE MÉDECINE DE NEW-YORK*

SECTION D'OTOLOGIE

Séance du 14 février 1908.

Président : A. B. Duel.

Compte rendu par Massier (de Nice).

Un nouveau moteur électrique pour la chirurgie du crâne, par Wm Sohier Bryant. — D'une puissance de 3/10 cheval-vapeur, d'un poids de 7 livres seulement, cet instrument peut être tenu en main et est stérilisable. D'une grande rapidité, il peut être employé pour

forer une cavité, pour élargir une cavité osseuse, pour couper un lambeau ostéoplastique et comme tréphine.

Nouvelle lampe électrique (lumière de Tantale), par Haskin. — Très puissante d'une belle clarté blanche.

Cas de carcinome issu du conduit auditif externe. par Gruening. — Début par écoulement et sensation d'obstruction du conduit. Le malade provoque des hémorragies en grattant son oreille. On voit dans le conduit une masse rouge lobulée à base très large. On en fit l'ablation. Cette masse était de la grosseur d'une grosse fraise, insérée sur la partie la plus inférieure du conduit. L'oreille moyenne n'était pas intéressée. Au microscope, on trouva du carcinome à cellules squameuses. Il n'y avait aucune généralisation aux glandes.

Quinlan a observé deux cas semblables. Les malades ayant refusé l'intervention moururent de métastases.

Bryant cite aussi quatre cas semblables. Plus tard, il observa deux cas d'épithélioma de l'oreille siégeant sur les rebords du méat chez des vieillards : ils cédèrent à des applications de rayons X. Bryant, à propos des quatre autres cas de tumeurs malignes pense qu'il faut incriminer comme cause prédisposante l'existence antérieure d'une suppuration auriculaire.

Johnson dit qu'il faut différencier les épithéliomas et les carcinomes. Dans ce dernier cas, si l'os est atteint, le pronostic est très grave.

Quatre cas d'ossiculectomie, par W.-H. Haskin. — Ces quatre cas d'otite moyenne suppurée chronique furent opérés sous anesthésie locale à la cocaïne-adrénaline. On ne promit à aucun des malades une amélioration de l'audition, mais tous accusent une ouïe meilleure qu'avant l'opération. Un seul malade accusa de la douleur au cours de l'intervention.

Gruening demande si l'on avait essayé antérieurement un traitement de la suppuration et si les osselets étaient nécrosés lors de leur ablation.

Wilson demande que Haskin soit plus explicite sur sa façon d'administrer l'anesthésique.

Bryant préfère la mastoïdo-tympanotomie à l'ossiculectomie, parce que cette dernière opération supprime les osselets qui assurent dans l'opération radicale la restauration de l'audition dans des conditions plus sûres. Cependant l'ossiculectomie a à son actif des succès qui ne doivent pas de parti pris faire exclure ce mode opératoire de la chirurgie auriculaire.

Johnson demande si ces cas ont été choisis ou pris au hasard en ce qui concerne les résultats favorables sur l'audition.

Kerrison voudrait connaître exactement les indications de l'ossiculectomie en opposition à celles de l'opération radicale.

Duel pense que l'ossiculectomie a un champ d'action très limité. La conservation ou l'amélioration de l'ouïe proviendrait selon lui surtout de la plus ou moins grande destruction de la paroi externe de la caisse.

Haskin répondant à Wilson au point de vue de l'anesthésie dit qu'après éthylisation de la zone rétro-auriculaire, il attire la paroi du conduit en avant, fait pénétrer l'aiguille entre le périoste et la paroi osseuse de la paroi inférieure et pousse l'injection au fur et à mesure que l'aiguille avance. Puis on fait deux autres injections, une dans la paroi postérieure et dans la paroi supérieure du conduit. Après 10 minutes le champ opératoire pâlit, l'anesthésie est produite et le malade n'accuse aucune douleur. L'opération dure habituellement 10 minutes.

Chaque cas n'est pas justiciable de l'ossiculectomie. Quand après des irrigations consciencieuses, il y a des osselets carrés ou des adhérences fibro-osseuses, les osselets sont mieux hors de la cavité tympanique que dans l'intérieur.

Les résultats opératoires sont bons au point de vue de l'audition et de la suppuration.

Cas de bruits objectifs dus à un tic convulsif du tenseur et de l'élévateur du voile, par G.-B. Mac Auliffe. — Histoire d'un malade qui après de l'otite moyenne catarrhale aiguë eut du bourdonnement. Aucun traitement ne modifia ce bruit; il subit pourtant du cathétérisme, massages auriculaires; on lui enleva les amygdales; on pratiqua la résection sous-muqueuse et bien d'autres opérations de gorge et de nez sans résultats pour son oreille.

Le bruit était perceptible ; à l'examen de la gorge, on observait un tic convulsif. Ce bruit disparaissait quand on déprimait la langue et qu'on immobilisait le muscle palatin.

Le bruit disparaissait quand le malade retenait sa respiration. Actuellement ce trouble devient une phobie et aucun traitement (électricité, salicylate, arsenic) ne peut le modifier.

Mac Auliffe cite d'autres cas semblables, notamment celui de ce malade qui fut surnommé « la montre Waterbury humaine ».

Pour son malade, il croit à l'insuffisance des moyens thérapeutiques, et il espère que l'hypnotisme seul pourrait avoir quelque action, en raison de l'état névropathique du sujet.

Smyth rapporte le cas d'un malade de 50 ans qui avait un bruit objectif semblable que l'on entendait facilement à la distance d'un pied et même plus. Il était dû à la contraction des muscles palatins. Le malade était neurasthénique.

Hinkle rappelle le cas du malade surnommé « la montre Waterbury humaine » qu'il a eu l'occasion de soigner. Son bruit objectif était dû à une contraction spasmodique de l'œsophage et l'on voyait nettement la contraction et le relâchement des muscles de la gorge.

Quinlan dit qu'il observa un cas à peu près identique qui dégénéra chez le malade en véritable manie. Il anesthésia le malade et de son doigt introduit dans le voile du palais, il l'élargit comme s'il se fût agi d'un sphincter. Ce traitement parut avoir de l'effet tant sur les phénomènes objectifs que sur les phénomènes subjectifs. Le malade observé pendant huit à neuf mois n'eut aucune récidive de son spasme, ni de son bruit subjectif.

Bryant cite un cas où le bruit s'arrêtait quand le malade était distrait.

Coburn a observé aussi un cas de contraction rythmique du voile du palais et de quelques muscles du pharynx, sans bruits objectifs due sans nul doute à une lésion bulbaire, car le malade présentait des signes indéniables d'affection cérébrale. Il demande à Mac Auliffe s'il a observé par rhinoscopie postérieure des contractions de la trompe d'Eustache.

Cox parle d'un cas de bruit pulsatile objectif entendu à travers le tube à auscultation On pensa à un anévrysme qui ne fut point décelé ; il existait seulement une légère obstruction aortique.

Un cas de méningite d'origine otique. Opération, guérison, par P.-D. Kerrison.

Gruening demande si le pansement fut changé souvent et quel était le pansement.

Quinlan demande si on a examiné le liquide retiré de la dure-mère. Il rapporte le cas d'un enfant atteint de méningite cérébro-spinale avec symptômes auriculaires, chez lequel l'opération était impossible et à qui l'on fit une injection intra-rachidienne du fluide de Flexner et qui guérit bien qu'il fût *in extremis* quand on appliqua le traitement.

Kerrison a employé comme pansement de la simple gaze stérilisée appliquée sur la surface de la dure-mère. On changea le pansement deux fois les deux premiers jours, une fois les autres jours.

Cas d'abcès cérébral avec aphasie, par B.-F. Knause. — Ce cas, qui se termina par la mort, présenta un abcès du lobe temporo-sphénoïdal gauche, de la tuberculose miliaire, de l'œdème pulmonaire, de la néphrite parenchymateuse et de la dégénérescence graisseuse du foie. L'abcès était gros comme une noix.

Wiener rapporte le cas d'une femme de 53 ans atteinte de néphrite interstitielle qui subit une trépanation de la mastoïde à cause d'une mastoïdite aiguë négligée. Il se développa ultérieurement des symptômes de méningite améliorés par une ponction lombaire. Au troisième jour, élévation de température laissant suspecter une thrombose du sinus. On trouva en effet un thrombus dans le sinus, le bulbe et la partie supérieure de la jugulaire. Il existait de plus un abcès extra-dural dans la fosse moyenne. On réséqua la veine, le

thrombus fut nettoyé et l'abcès évacué. Après une attaque de pneumonie et une poussée aiguë de néphrite chronique, le malade guérit.

XII. — *SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE DE LONDRES*

SECTION DE LARYNGOLOGIE

Séance du 1er mai 1908.

Président : J. B. Ball.

Compte rendu par A. Raoult (de Nancy).

Photographies stéréoscopiques de malades opérés par différentes méthodes pour des sinusites frontales, par W. S Syme. — L'auteur présente 5 photographies de malades opérés par la méthode de Killian et par la méthode d'Ogston-Luc.

Pièces provenant de sarcome et de cas simulant le sarcome des voies respiratoires supérieures, par W. Jobson Horne. — L'auteur s'appuyant sur ces pièces histologiques, prétend que les histologistes font le diagnostic microscopique de sarcome des fosses nasales plus souvent qu'il n'existe. Quand un anatomo-pathologiste, dit-il, repousse ce diagnostic dans les affections de ces régions, on peut être sûr qu'il ne s'agit pas de sarcome. On est d'accord actuellement pour distraire des sarcomes du nez, les fibro-angiomes et les endothéliomes.

Mucocèle de la cellule ethmoïdale antérieure du côté gauche, ouverte par le nez, par Dan Mac Kenzie. — Le malade âgé de 35 ans s'aperçut de la présence d'un gonflement à la partie interne de l'orbite, il y a 14 mois. Au Royal Ophtalmic Hospital, on explora le canal lacrymo-nasal, mais on ne pratiqua aucune opération directe sur la tumeur. Celle-ci disparut pendant une année, puis réapparut subitement.

L'auteur trouva une petite masse tendue, d'apparence kystique au-dessous de l'os unguis. Le globe oculaire était légèrement déplacé en dehors, mais il n'existait pas de diplopie. A la rhinoscopie antérieure, on apercevait une masse au niveau du cornet moyen. La paroi antérieure du kyste fut largement ouverte à la pince coupante. Le contenu consistait en mucus contenant quelques leucocytes. La paroi antérieure était faite d'une lamelle osseuse recouverte d'un épithélium sphénoïdal. L'examen bi-digital montra que la paroi interne de l'orbite était atrophiée, et que par ce point le kyste se faisait jour vers l'orbite.

Polype post-nasal volumineux simulant un fibrome provenant de l'antre d'Highmore, par J. Dundas Grant. — Il s'agit d'une jeune fille présentant une obstruction complète de la fosse nasale gauche. Par la rhinoscopie postérieure, on trouve tout le naso-pharynx

occupé par une tumeur arrondie de consistance ferme. Par le toucher sous l'anesthésie générale, le doigt pouvait passer entre la tumeur et l'apophyse ptérygoïde, et sentait que la tumeur pénétrait dans un orifice s'ouvrant dans l'autre. Le petit doigt introduit par la fosse nasale touchait nettement le bord antérieur de cet orifice. Un écraseur fut introduit par la narine dans le naso-pharynx et la tumeur fut placée, au moyen du doigt dans son anse, de façon à la prendre le plus près possible du pédicule; puis elle fut enlevée en arrachant sans couper le pédicule qui était très long. Si la tumeur se reproduisait, il serait bon d'élargir l'orifice antral existant, ou d'opérer par la fosse canine.

Lupus de l'épiglotte, par W. Jobson Horne. — La malade, âgée de 17 ans, souffre de la gorge depuis 12 mois; elle éprouve seulement actuellement une sensation d'étranglement. La voix est moins rauque qu'il y a un an. La lésion est limitée à l'épiglotte et au repli ary-épiglottique gauche.

Paralysie du larynx, par H. Clayton Fox. — Le malade, âgé de 56 ans, a de la raucité de la voix depuis 2 ans. La corde droite est immobilisée dans la position médiane. Il existe un peu de parésie des muscles de la face, mais pas d'autres signes de paralysie, ni de lésions intra-thoraciques ou cervicales.

Il existe probablement des lésions de sclérose bulbaire disséminées. Le malade est aussi porteur d'une double otite suppurée.

Tumeur de l'aryténoïde droit avec perte du mouvement de la corde vocale droite, par W. H. Kelson. — Il s'agit sans doute de tuberculose.

Angiome de l'amygdale droite, par Andrew Wylie. — La malade, âgée de 26 ans, présente une tuméfaction de l'amygdale droite, dont la plus grande partie est formée d'un angiome veineux. L'auteur est d'avis qu'il n'y a lieu de faire aucun traitement tant que la malade n'éprouve aucune gêne.

Stridor laryngé congénital, par J. Dundas Grant. — Il s'agit d'un enfant de 3 ans 1/2, atteint de stridor laryngé inspiratoire depuis sa naissance. L'auteur a pu examiner le larynx, l'enfant étant chloroformé, en attirant l'épiglotte avec un crochet. Il note qu'à chaque inspiration, il se faisait une sorte d'aspiration des replis ary-épiglottiques. Il est rare de voir le stridor congénital se prolonger aussi longtemps. Dans ce cas, il n'y a pas lieu d'intervenir. Le stridor disparaîtra lorsque le larynx se développera.

Ulcère lupoïde du plancher du vestibule nasal, par J. Dundas Grant. — Le malade âgé de 36 ans souffrait d'une tuberculose pul-

monaire avancée et d'une légère tuberculose laryngée. Sur le plancher du nez, s'étendant un peu à la cloison était une petite tumeur, qui est incontestablement une manifestation secondaire des lésions ci-dessus.

Tumeur maligne située en arrière du cartilage cricoïde, par J. W. Bond. — La malade, assez âgée, éprouve de la difficulté à avaler depuis quatre semaines. La tumeur a augmenté rapidement de volume et est visible depuis trois semaines. Il existe en même temps une hypertrophie du lobe droit du corps thyroïde.

Inflexion de la cloison nasale chez un phtisique, par A. Hamilton Burt. — L'auteur se demande s'il y a contre-indication à opérer la cloison dans un cas semblable. Le malade a constamment du pus dans son naso-pharynx, ce qui provoque de la toux.

Induration sous-cutanée du cou de cause indéterminée, par E. Ward. — La tumeur est apparue au-dessus du cartilage thyroïde et s'est étendue latéralement et en bas. La malade a eu pendant plusieurs années de l'acné rosacé de la face. On ne trouve aucune lésion intra-thoracique.

L'auteur pense qu'il s'agit d'une tumeur maligne et se propose de la soumettre à l'action des rayons X.

Opération de Killian pour une suppuration du sinus frontal, par Dundas Grant. — L'auteur a suivi exactement les temps de l'opération de Killian, les résultats ont été satisfaisants ; la dépression est peu marquée.

XIII. — *SOCIÉTÉ LARYNGOLOGIQUE ET OTOLOGIQUE DE CHICAGO*

Séance du 10 mars 1908.

(Suite.)

Président : A.-H. Andrews.

Compte rendu par G. Shambaugh (de Chicago).

Traduction par H. Massier (de Nice).

Un cas de cholestéatome, par G. E. Shambaugh. — Ce cholestéatome avait produit une érosion dans le canal horizontal semi-circulaire. L'auteur discute brièvement les méthodes d'examen de l'appareil vestibulaire. Il s'agissait d'un homme de 59 ans qui, 11 ans auparavant eut une suppuration de l'oreille droite qui dura quelques semaines. Il y a quelques années, il fut ennuyé par une accumulation de matières dans le conduit auditif droit, qu'il supposa être de la cire. En essayant de l'enlever avec une épingle à cheveux, il éprouva un vertige et des nausées. On vit que cette masse était du cholestéatome faisant saillie dans le méat à travers une ouverture de la paroi postéro-supérieure qui conduisait directement dans l'antre. La mem-

brane tympanique présentait de la macération et de l'épaississement, mais ne paraissait ni rétractée ni perforée.

Quand on seringuait l'oreille avec de l'eau légèrement plus chaude ou plus froide que la température du corps, il y avait un retentissement rapide sous la forme de nystagmus et de vertige prononcé. En comprimant ou raréfiant l'air dans le canal auditif externe au moyen du spéculum de Siegle, le moindre changement de pression provoquait du nystagmus et du vertige. L'examen fonctionnel dénotait une surdité considérable, plus marquée pour les tons inférieurs, avec un léger défaut seulement pour les plus hautes notes du sifflet de Galton. Le Weber était distinctement latéralisé du côté de l'oreille malade et le Rinne était négatif.

Grâce à tous ces symptômes, on fit le diagnostic d'érosion dans le canal semi-circulaire horizontal, l'érosion ayant fait une ouverture seulement à travers la capsule osseuse, mais non à travers l'endosteum. La pression insignifiante nécessaire pour produire dans ce cas le nystagmus et le vertige montre combien est délicat et sensible l'arrangement de l'appareil terminal dans les systèmes ampullaires.

Shambaugh discute trois méthodes d'épreuve de l'excitabilité de l'appareil vestibulaire.

Toutes les méthodes dépendent de la production du mouvement de l'endolymphe des canaux semi-circulaires. Dans la première méthode, celle de la chaise tournante, si les canaux semi-circulaires sont normaux et si l'individu est tourné vers la droite, par exemple, il y aura production d'un nystagmus vers la droite. Si la rotation est prolongée assez longtemps, toute sensation de tournoiement, aussi bien que le nystagmus disparaîtra. Si l'on arrête subitement la rotation, une sensation de vertige est produite et il y aura un retour du nystagmus, mais dirigé vers la gauche. Ces phénomènes peuvent, sans hésitation, s'expliquer par la production d'un mouvement dans l'endolymphe des canaux semi-circulaires horizontaux. La raison pour laquelle la sensation de tournoiement et le nystagmus disparaissent après que la rotation est continuée pendant quelque temps, est expliquée par le fait que le liquide dans les canaux semi-circulaires a suivi le mouvement des parois du canal. La production du vertige et du nystagmus dirigé vers le côté opposé lorsqu'il y a arrêt brusque de la rotation s'explique par la continuation du courant dans l'endolymphe des canaux, pendant quelque temps après l'arrêt de la rotation.

La deuxième méthode de production d'un courant dans l'endolymphe des canaux semi-circulaires est celle qui est employée dans le cas actuel pour la démonstration de l'érosion dans le canal horizontal. Elle consiste dans la production ou de pression ou d'aspiration de l'air dans le conduit auditif externe. S'il existe une ouverture à travers la capsule osseuse du canal, l'endolymphe sera appelée à couler dans telle ou telle direction, selon qu'il y a aspiration ou pression.

La troisième méthode d'épreuve est celle conçue par Barany, qui consiste à seringuer l'oreille avec de l'eau chaude ou froide. Si l'appareil vestibulaire est intact, les symptômes de vertige et de nystagmus peuvent être produits par l'usage de l'eau indifféremment chaude ou froide. Dans un cas où les canaux semi circulaires n'étaient pas affectés, les réactions obtenues furent les suivantes : Le seringuage avec l'eau froide produit un nystagmus qui est plus prononcé quand les yeux sont dirigés vers le côté opposé. Si l'on seringue avec l'eau chaude, on produira un nystagmus plus prononcé quand les yeux sont dirigés vers le même côté. L'appareil vestibulaire peut être placé en état d'hyperexcitabilité à la suite d'une irritation, comme cela peut arriver dans le cas de suppuration circonscrite du labyrinthe. Sous l'influence de pareilles circonstances les réactions par le seringuage à l'eau chaude ou froide peuvent être obtenues. De plus, cependant, il peut y avoir fréquemment un nystagmus spontané dirigé vers le côté affecté.

Quant l'appareil vestibulaire est détruit, on ne peut obtenir aucune réaction par aucune des méthodes utilisées pour stimuler cette partie de l'oreille interne. Si la destruction des terminaisons nerveuses de l'oreille interne a été subite, il y aura pendant un temps très court un nystagmus vers l'oreille normale, qui a son origine dans cette oreille et non dans l'oreille affectée. Une affection du cerveau, telle qu'une tumeur ou un abcès cérébral, peut produire les mêmes symptômes qui apparaissent à la suite d'une irritation des terminaisons nerveuses dans le vestibule, c'est-à-dire, un nystagmus spontané dirigé vers le côté affecté. On peut rapidement voir combien cette étude du nystagmus, à la fois spontané et provoqué, a une grande valeur non seulement dans les maladies du labyrinthe, mais dans certains états pathologiques tels que l'abcès cérébral et la tumeur cérébrale.

Holinger demande si l'on peut aisément appliquer l'examen par la chaise tournante dans le cabinet de consultation, en raison du peu d'espace dont on dispose. Il pense que toutes ces méthodes sont d'une application plus facile à l'hôpital. Il a eu certains ennuis dans l'emploi de l'eau chaude et froide à son cabinet à cause de la violence des réactions obtenues. Il pense que l'usage de l'eau pas trop chaude ou pas trop froide est nécessaire si l'on veut éviter toute réaction désagréable.

Beck pense que les remarques de Holinger pourraient diminuer la valeur des méthodes d'épreuve des canaux semi-circulaires. Il pense que l'irrigation de l'oreille à l'eau chaude et froide, est pour le diagnostic des affections labyrinthiques, une des meilleures choses que nous ayons apprises en otologie, au cours des dernières années. Quant à lui, il n'injecterait jamais de l'eau froide dans une oreille qui suppure, si ce n'est dans un but de diagnostic.

Allport pense que la méthode d'irrigation à l'eau chaude et froide est notre moyen le meilleur pour diagnostiquer des affections du labyrinthe. Il a récemment vu l'application de ces épreuves dans les cliniques de Vienne et leur signification acquiert dans ces milieux

scientifiques une grande importance. Les objections mentionnées par Holinger sont sans importance et n'enlèvent rien à la valeur de ces épreuves.

Andrews a fait quelques observations sur le vertige et il croit que nous avons encore beaucoup à apprendre sur ce sujet. Il a fait l'expérience avec des objets se mouvant devant les yeux et il trouve que l'on peut rapidement produire les vertiges. Ceci est en parfait accord avec la théorie de Deiters, qui place le centre de l'équilibre sur le plancher du 4e ventricule. Ce centre, selon Deiters, reçoit des filaments des yeux, des oreilles et du conduit gastro-intestinal et il en résulte que toute irritation de ces régions peut produire le vertige.

XIV. — *ACADÉMIE MÉDICO-CHIRURGICALE ESPAGNOLE*

SECTION D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Séance du 28 février.

Compte rendu par E. Botella (de Madrid).
Traduction par B. de Gorsse (de Luchon).

Paralysie faciale d'origine otique ; guérison sans opération, par E. Botella. — L'auteur présente le malade suivant : homme de 45 ans sans autre antécédent que de fortes douleurs de l'oreille gauche, il y a 18 ans.

Il ne se rappelle pas s'il a eu un écoulement avant ou après. Il vient à la consultation, se plaignant de douleurs dans cette oreille depuis quelques jours ; il se réveille, la bouche de travers, et sans pouvoir fermer l'œil du même côté ; surdité.

A l'examen, on voit un bouchon de cérumen volumineux qui est enlevé aussitôt ; le tympan est intact, légèrement rouge et on ne voit qu'une petite perforation de la membrane de Schrapnell à travers laquelle on aperçoit quelques écailles blanchâtres, donnant à soupçonner l'existence d'un cholestéatome. Le stylet ne pénètre pas à travers cette perforation. Paralysie faciale complète. On prescrit des bains du fond du conduit avec eau oxygénée avec l'espoir d'amener la désagrégation de la masse cholestéatomateuse. Les douleurs diminuent et disparaissent au bout de deux jours.

Une irrigation avec la canule de Hartmann arrache le cholestéatome et à la troisième injection, l'attique et la caisse sont nets ; la paralysie disparaît également après avoir diminué dès le premier lavage. Il ne reste qu'une légère parésie qui disparaît aussi au bout de quelques jours.

L'explication donnée par l'auteur de ce cas est la suivante : Il y a dix-huit ans, ce malade eut une inflammation de l'attique avec perforation de la membrane flaccide, inflammation qui guérit spontanément.

L'épiderme du conduit s'invagina à travers la perforation et l'hypergénèse subséquente donna lieu au développement lent d'un cholestéatome ; l'aqueduc du facial ou bien avait des déhiscences (ce qui

est un cas fréquent), ou bien fut atteint par la nécrose osseuse produite par la marche envahissante du cholestéatome. De la sorte un moment vint où par l'accroissement de celui-ci, ou bien par la compression produite par le bouchon de cérumen (douleurs), le facial fut comprimé et la paralysie apparut pour disparaître aussitôt que les causes de compression qui l'avaient occasionnée cessèrent.

L'enseignement de ce cas est que la paralysie faciale n'est pas à elle seule un symptôme qui exige d'une façon impérieuse une intervention opératoire immédiate, car la guérison peut survenir souvent sans recourir à elle et par l'utilisation des voies naturelles.

Rhéostat de poche pour endoscopie, présenté par Tapia. — L'auteur présente un petit rhéostat que l'on peut employer pour l'endoscopie et qui peut être appliqué sur le courant de la ville dans n'importe quel culot de lampe. Il possède à une de ses extrémités, une petite manivelle qui, en tournant, introduit une résistance qui diminue le voltage de cent dix volts à un voltage entre un et dix volts qui est celui des petites lampes utilisées pour l'endoscopie. La grosseur de l'appareil est de quinze centimètres de long pour six de diamètre.

Séance du 16 mars.

Deux cas de mastoïdites suppurées sans otites, par Tapia. — L'auteur rapporte les deux cas suivants :

1° Enfant d'un an et demi qui, à la suite de la rougeole, eut une otite avec mastoïdite du côté droit qu'il fallut trépaner. Deux ou trois jours après, douleur et tuméfaction rétro-auriculaire du côté gauche, avec tympan normal. Trépanation. La corticale de l'antre est obstruée et ce dernier renferme des fongosités. L'attique et la caisse qui étaient indemnes sont respectés. Guérison.

2° Homme de 25 ans, qui depuis trois ou quatre jours avait une douleur et de la surdité du côté gauche. Ces troubles disparaissent sans suppuration. Le jour suivant, gonflement rétro-auriculaire qui fut incisé et donna issue à du pus. La suppuration continuant, le malade vint consulter le docteur Tapia qui le trouva dans l'état suivant :

Conduit et tympan normaux, audition légèrement diminuée ; deux trajets fistuleux dans la mastoïde à travers lesquels on touche l'os dénudé.

Trépanation ; mastoïde très pneumatique, antre et cellules pleines de fongosités, aditus très sténosé, caisse normale. Guérison.

Ces deux observations doivent être ajoutées à celles de Rueda, Labarre, Bar, Chauveau, etc., et confirment la réalité clinique de mastoïdites sans otites, et dont l'évolution indépendante est favorisée par un rétrécissement anatomique naturel du conduit attico-mastoïdien et par une virulence microbienne légère.

Séance du 30 mars.

Sténose œsophagienne infranchissable guérie par l'œsophagoscopie, par Goyanès. — L'auteur présente un malade de 19 ans qui avait un cadre clinique semblable à celui de l'ulcère de l'estomac, avec difficulté extrême de la déglutition des aliments solides et bientôt des liquides. Le docteur Medinaveitia essaya de faire le cathétérisme, mais sans résultat. Il l'adressa alors au Dr Goyanès qui fit une œsophagoscopie. Au niveau du cardia, on rencontra une bride cicatricielle avec un orifice excentrique de deux millimètres de diamètre. Dans une séance ultérieure, on put cathétériser la sténose à travers le tube et on laissa en place une tige de laminaire de deux millimètres de diamètre pendant deux heures et qu'on retira à l'aide d'une ficelle dont elle était munie. Trois jours après, on place une nouvelle tige de quatre millimètres qui ressortit avec un diamètre de neuf millimètres ; cela permettait déjà au malade d'ingérer des aliments solides.

Une autre laminaire de onze millimètres fut expulsée spontanément au bout d'une demi-heure. Depuis lors, le Dr Medinaveitia reprit le traitement, faisant une dilatation graduelle à la sonde jusqu'à ce que put passer le n° 34 de la filière de Charrière.

L'idée d'utiliser l'œsophagoscopie pour sonder les rétrécissements infranchissables est de von Häcker, et Ebstein a employé les tiges de laminaires en se servant du même procédé. Ce dernier a perdu un malade pour avoir employé une laminaire creuse qui se gonfle démesurément et, rompant l'œsophage, détermina une médiastinite. Ce procédé ne peut être employé que pour les rétrécissements inférieurs à cinq centimètres de longueur.

Le Dr Gonzalez Campo demande s'il serait dangereux de faire l'œsophagoscopie en pleine période ulcéreuse.

Goyanèz pense que non et que non seulement on pourrait dilater les rétrécissements, mais encore qu'on pourrait, s'il s'en présentait arrêter les hémorragies sous le contrôle de l'œsophagoscopie.

XV. — *SOCIÉTÉ MÉDICALE ROYALE HONGROISE*

Section de Rhino-Laryngologie

Budapest, 1er décembre 1908.

Président : E. von Navratil, conseiller aulique.

Compte rendu par D. von Navratil.

Traduction par Menier (de Figeac).

A. von Irsay félicite E. von Navratil à l'occasion de son jubilé cinquantenaire doctoral et de la médaille d'honneur en or que lui a décernée la Faculté de médecine.

E. von Navratil. Le 1er janvier 1909, il y aura 25 ans que Sir Félix Semon fonda l'*Internationales Centralblatt für Laryngologie, Rhinologie*, etc., destiné à faire progresser la science rhino-laryngologique. Les rhino-laryngologistes hongrois doivent prendre part à ce

jubilé et envoyer une Adresse au jubilaire. Cette proposition est acceptée à l'unanimité.

Cas de tumeur de la langue, par BAUMGARTEN. — L'orateur fut consulté, il y a 5 ans, par une jeune fille qui présentait sur le dos de la langue à droite une tumeur du volume d'une noisette. Il soupçonna la syphilis et fit faire une cure iodurée suivie de bons résultats. Aujourd'hui, 5 ans après, la malade se présente avec une tumeur du volume d'une noix qui siège au même endroit. L'orateur a employé l'iodure de potassium, sans aucun résultat. Le traitement par les rayons X a été aussi inefficace. Après ce traitement, des ulcérations se montrèrent sur la langue. La recherche des bacilles de Koch, la séro-réaction de Wassermann pour la syphilis furent négatives. L'excision d'un fragment qui fut examiné révéla du tissu inflammatoire. L'orateur considère la tumeur comme un fibrome.

E. POLLATSCHEK : L'amélioration par l'iodure de K n'indique pas que ce fût de la syphilis, car la tuberculose peut être améliorée pendant une courte période par ce médicament. Il faudrait rechercher les réactions de Calmette, von Pirquet.

Perte de substance de la trachée, par E. BAUMGARTEN. — L'orateur présente un homme dont le cou montre en plusieurs endroits des cicatrices tuberculeuses.

En haut, à la gorge, la paroi trachéale antérieure manque sur une étendue de la dimension d'une pièce d'un franc.

On ne voit qu'une simple couche cutanée. Il est probable que la perte de substance a été occasionnée par un processus tuberculeux.

Cas de parésie vélaire peut-être congénitale, par E. BAUMGARTEN. — Un jeune homme de 16 ans serait congénitalement atteint de ladite affection. L'orateur croit que cette supposition doit être écartée.

K. MORELLI : La parésie est, à mon avis, acquise.

Un cas d'angiome de la luette, par A. ONODI. — Il s'agit d'un homme de 30 ans souffrant depuis 7 ans de violents vomissements avec quintes de toux. L'orateur lia la base de la luette et enleva l'angiome électrolytiquement.

Sur le sinus frontal, par A. ONODI. — L'orateur parle de la monographie qu'il a faite en collaboration avec v. N. Manninger et qui doit paraître sous peu. Ils ont examiné les sinus frontaux d'environ 2000 crânes préparés. Ils sont arrivés à la conclusion suivante : que la grandeur de ces sinus ne peut être établie de façon précise qu'à l'aide de la radiographie.

Cas d'abcès sub-lingual, par D. von Navratil. — Un homme de 39 ans aurait aspiré, paraît-il, un épi de blé. Au bout de huit jours, il vint trouver l'orateur; il avait de la gêne respiratoire et ne pouvait rien prendre depuis une couple de jours. On constata que la base de la langue était très hypertrophiée et que l'organe pouvait à peine être contenu dans la bouche. Fièvre considérable, salivation, douleurs violentes.

La région sous-mentale est gonflée et indurée. L'orateur porte le diagnostic d'abcès, localisé à la langue. Il fit une incision cutanée correspondant au raphé mylo-hyoïdien et ouvrit par cette incision un petit abcès siégeant à 2 centimètres 1/2 de profondeur. Comme l'état empirait, il rechercha le lendemain à l'aide de l'index l'autre foyer purulent qui se trouvait dans la base de la langue. La fièvre quitta le malade, lequel guérit en 12 jours. Comme on avait soupçonné l'actinomycose lors de l'opération, on fit un examen microscopique exact qui demeura négatif au point de vue de l'actinomycose.

E. Pollatschek. J'ai eu deux cas analogues. L'un ne fut pas opéré et eut une issue fatale. Le second fut opéré et le lendemain le foyer purulent qui se trouvait dans la base de la langue s'évacua spontanément par la plaie superficielle.

K. v. Lang, K. Morelli parlent encore au sujet du cas exposé.

XVI. — *IVe RÉUNION ANNUELLE DE LA SOCIÉTÉ AMÉRICAINE DE LARYNGOLOGIE, OTOLOGIE ET RHINOLOGIE*

Tenue à Pittsburg les 28-29-30 mai 1908.

(Suite)

Président : Ewing W. Day.

Compte rendu par Massier (de Nice).

Chevalet et attelle intra-nasale combinés pour prévenir et corriger les difformités en forme de dépression du nez, par William Wesley Carter (de N. Y. City). — L'appareil consiste en une attelle qui a pour but de maintenir les tissus du nez dans leur position propre jusqu'à ce que l'union se soit produite après la fracture, qu'elle soit accidentelle ou opératoire. Il est spécialement adapté à la prévention et à la cure du dos du nez, mais on peut aussi l'employer lorsqu'un nez cassé a besoin d'être maintenu en position normale jusqu'à ce que l'union ait eu lieu.

L'instrument consiste en un chevalet en acier et d'une légèreté en rapport avec sa force. Le chevalet est formé de deux ailes recourbées, fenêtrées larges de 2 cm. 1/2 et réunies par une charnière. La distance qui peut séparer ces ailes est réglée par une vis. Les bords des ailes divergent pour correspondre à la forme du nez; ils sont garnis de caoutchouc et, près des bords, il y a de petits trous qui permettent de coudre de petits bourrelets de gaze.

La seconde partie de l'instrument comprend deux attelles étroites de caoutchouc durci, perforées de quatre petits trous.

Si l'on suppose que les tissus du nez ont été complètement modifiés, l'application de l'appareil se fait de la façon suivante : On passe un fil de soie de couleur fer dans l'un des trous de la petite attelle intra-nasale et on l'attache (on choisit le trou selon la distribution de la force d'élévation que l'on désire) ; l'autre bout du fil est enfilé dans une grosse aiguille courbe, puis on le passe de l'intérieur du nez à travers le dos cartilagineux près de son union avec l'os du nez et près de la cloison. Le toit du nez est très mince et facilement perforé. L'attelle est alors tirée dans le nez et ajustée en position convenable au dos.

On répète cette manœuvre du côté opposé. Le chevalet est alors ajusté sur le nez et la distance entre les ailes est ainsi fixée au moyen de la vis de façon à donner un support convenable à la base du triangle nasal. Les sutures sont alors passées à travers les fenêtres du chevalet verticalement à leur sortie du nez et tirées très serrées de façon à élever suffisamment le dos du nez dans sa position normale et à réduire la difformité. Les sutures sont alors attachées ensemble sur la charnière du chevalet. Il faut qu'il y ait une tension suffisante pour soutenir les parties. L'appareil est tenu automatiquement en place et n'a pas de tendance à se déplacer. L'attelle doit être portée de dix jours à deux semaines et le malade doit être tenu au lit pendant ce temps. Dans les fractures non compliquées du nez, il y a fixation en huit jours et réunion osseuse en quinze jours. Dans à peu près tous les cas de nez camard, la cloison est trop courte pour admettre l'élévation du dos du nez. Pour tourner cette difficulté, l'auteur a imaginé l'opération suivante pour l'allonger, sans laisser de perforation.

A travers une fente en boutonnière, il élève la muqueuse sur un côté de la cloison. Avec un bistouri aigu introduit dans cette poche sous-périchondrique, il divise, en commençant par le bord antérieur de la lame verticale de l'ethmoïde, le cartilage et la muqueuse de l'autre côté à un niveau élevé. Puis (*a*) il divise la muqueuse du côté opposé à un niveau beaucoup plus bas; puis (*b*), laissant un long lambeau de muqueuse attaché au segment supérieur de la cloison, quand le premier est atteint, il fait tomber le lambeau dans l'intervalle et prévient ainsi la perforation. La partie antérieure de la cloison est allongée de la façon suivante : on fait en bas à partir de la cloison une incision en forme d'Y renversé, séparant les cartilages, et continuée sous le plancher de chaque narine ; on fait deux lambeaux que l'on porte ensemble sur la ligne médiane et que l'on suture avec de la soie très fine : on allonge ainsi la cloison et on élève le bout du nez. On étend alors l'incision du plancher de chaque narine sous les ailes en les libérant du tissu sous-jacent de façon à ce qu'on puisse les reporter vers la ligne médiane, et l'on fait la suture. On rétrécit ainsi les narines et on produit un orifice nasal bien formé.

Le chevalet et l'attelle intra-nasale combinés ont l'avantage de restaurer la fonction aussi bien que le contour du nez par un nouvel arrangement de ses parties et sans l'introduction de substances étrangères dans ses tissus. Une combinaison de ses lignes de force tend à construire une arche nasale normale : il renverse l'action des forces qui produisent la difformité.

Willis S. Anderson (de Détroit Mich.), émet l'opinion que les photographies des nez avant et après l'opération ne montrent pas toujours exactement les conditions pathologiques, et dans ces cas, il appelle l'attention sur la valeur des moules en plâtre. L'usage de la paraffine dans la correction des dépressions du nez a le désavantage, quand le creux a été comblé par la paraffine, de donner un nez plus large que la normale. On ne devrait employer la paraffine que dans les cas où la plastique intra-nasale échoue.

Robert C. Myles (de N. Y. City), appelle l'attention sur la valeur de l'opération sous-muqueuse complète intéressant le cartilage et la lame perpendiculaire de l'ethmoïde pour la correction des nez plats, déprimés, résultant d'un traumatisme violent. Il a vu un certain nombre de cas où le nez s'était redressé de lui-même après enlèvement du cartilage. En employant un peu de paraffine et par quelques manœuvres de torsion et de changement, il a pu obtenir des résultats remarquables avec la méthode plastique.

S. J. Kopetzky (de N. Y. City), rapporte le cas et présente les photographies d'un boxeur de profession qui, après un coup sur l'oreille au cours d'un assaut, eut une infection du cartilage de l'oreille externe. Le malade se présente au Manhattan Eye and Ear Hospital N. Y. et on fit une incision en avant de l'oreille pour évacuer le pus collecté sous la peau. Pendant environ trois mois, le cartilage continua à suppurer, en dépit de toutes les tentatives pour arrêter cette suppuration, jusqu'au jour où finalement une grande partie se gangrena, laissant une poche lâche de peau qui tombait en avant, faisant une oreille de chien typique. On soumit le sujet à une opération esthétique. On prit de nombreuses petites pièces de peau elliptiques sur la partie antérieure de façon à essayer de reproduire les plis de l'oreille. De derrière on tailla un lambeau cutané en forme de langue et on le plaça sur la portion dénudée du crâne juste derrière l'oreille. On sutura la languette en place pour maintenir la conque en bonne position. Pendant l'opération, on réséqua certaines parties de la conque. Les photographies montrent l'oreille avant et après l'opération.

W. W. Carter (de N. Y. City), dit qu'Anderson a appelé l'attention sur un fait important en ce qui concerne les difformités du nez. Quand le nez est large et plat, il ne se prête pas du tout à l'injection de paraffine. La méthode qu'il a décrite pour élever le dos du nez s'appliquerait mieux à cette classe de cas. Quand le nez est très large, on peut tailler avec une gouge une portion de l'apophyse nasale du maxillaire supérieur et s'en servir pour construire l'arche.

Beck, pour clore la discussion, est d'accord avec Anderson sur la

valeur des moules : il en a fait plusieurs. En ce qui concerne l'usage de la paraffine demi solide, il croit qu'elle est trop facilement absorbée ; il préfère la méthode d'injection de paraffine liquide d'Eckstein, dans laquelle la paraffine n'est pas absorbée. Il a employé l'injection de paraffine dans 73 cas.

L'idée de Ballanger de redresser le nez par une incision intranasale du cartilage est entièrement neuve. Senn, il y a longtemps, excisait le cartilage de l'extérieur. La méthode décrite par Richards n'est pas nouvelle, Roe et d'autres ayant opéré de cette façon. La méthode de Carter est excellente et il l'essaiera quand il aura un cas auquel elle convient. (*A suivre.*)

XVII. — *ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE ESPAGNOLE*

Séance du 18 mai 1908.

Compte rendu par E. Botella (de Madrid).
Traduction par B. de Gorsse (de Luchon).

Méningite pneumococcique d'origine otique, par Codisia. — Le cas présenté est le suivant : Homme de 29 ans; ses antécédents auriculaires se réduisent à ce qu'il y a deux ans, il eut quelques douleurs et perdit l'acuité de son audition. La maladie actuelle commença par une attaque de grippe légère; peu de jours après, il éprouva des douleurs de l oreille droite : écoulement de pus spontané, température élevée, 38°5 ; trois jours après, céphalalgie, légère somnolence, injection conjonctivale, pupilles dilatées, réagissant à la lumière, spasmes musculaires des extrémités, rigidité légère de la nuque, un peu de trismus, temp. 40°2, pouls régulier, fréquent et plein. Le jour suivant le malade est vu en consultation avec le docteur Cisneros ; il avait complètement perdu connaissance, avait le cri méningitique, des contractures généralisées, particulièrement du côté gauche, de l'opisthotonos et du trismus, les pupilles égales, légèrement contractées et réagissant mal à la lumière ; forte injection conjonctivale, vomissements, abdomen déprimé, respiration anhélante, pouls fréquent et intermittent, sueurs profuses, incontinence d'urine et 39°8 de température. On fait une ponction lombaire et on retire sous pression environ 15 centimètres cubes d'un liquide opalin qui forme un léger dépôt.

Amélioration immédiate : les symptômes diminuent et la température descend à 37°6 ; mais le quatrième jour une nouvelle aggravation survient ; la température monte à 39°3. On fait une nouvelle ponction : le liquide est laiteux et trouble; la gravité ne s'amende cette fois en aucune façon : relâchement musculaire complet, sueur épaisse, respiration stertoreuse, température 40°2, coma sans convulsions, paralysie généralisée, pui 41°6 de température et mort.

L'analyse du liquide de la première ponction décèle un grand nombre de leucocytes en majorité polynucléaires, un diplocoque de forme lancéolée et encapsulée qui n'est pas décoloré par le Gram et qui est agglutiné par le pneumocoque de Fränkel.

Le liquide de la deuxième ponction a donné l'analyse suivante : densité, 1010, réaction alcaline, présence de nucléo-albumine et de sérine : chlore 346/1000, chlorure 6/1000, urée 224/1000 ; grande quantité de pneumocoques de Fränkel et streptocoques de Bonane. Leucocytes polynucléaires, lymphocytes et cellules artérielles, toutes en état de cytolise et de désagrégation moléculaire du protoplasma, avec phagocytose des streptocoques et des pneumocoques. Il n'y a pas d'éosinophiles. L'examen cryoscopique était de —0°47.

XVIII. — *SOCIÉTÉ OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE DE BUCAREST*

Séance du 22 octobre 1908.

Président : Costiniu (de Bucarest)

Compte rendu par Birman-Bera (de Bucarest).

Un cas de corps étranger sous-glottique chez un enfant de cinq ans et demi extrait par voix naturelle, par Seligmann. — Il s'agit d'un enfant qui, le 31 juillet, vers 7 heures du soir, pendant le dîner, fut pris d'une grande dyspnée, d'enrouement, etc.

Le médecin de province de la localité de l'enfant étant appelé et ne trouvant rien, propose une consultation avec un confrère. Il fut établi que l'enfant avait le croup (!); on lui injecte trois, quatre jours de suite du sérum antidiphtérique (solution forte) et quelques vomitifs par dessus le marché.

Or l'enfant malgré ce traitement (!) allant de mal en pis est conduit à Bucarest pour consulter un médecin spécialiste pour maladies de l'enfance.

Le docteur en question propose l'examen aux rayons Rœntgen et cette fois sans résultat. Bien plus on affirme au père de l'enfant que celui-ci n'a rien dans la gorge.

Enfin il nous a été amené le 29 août et nous avons pu constater au moyen du laryngoscope que l'enfant avait dans la région sous-glottique un corps étranger d'une couleur gris-verdâtre et une légère tumeur sur la corde vocale gauche.

Après avoir cocaïnisé le larynx (1 cm³ d'une solution à 10 %) en y ajoutant quelques gouttes d'adrénaline à 1/1000, nous sommes arrivé à extraire le corps avec la pince de Schrötter. Ce fut une partie du sternum d'un poulet présentant 2 cm. de long sur 1 cm. de large.

Peu à peu, la dyspnée a disparu, tandis que l'enrouement a persisté cinq jours, date de départ de l'enfant à la maison.

L'intérêt de cette observation réside dans ceci : que la radiographie n'a pas donné de résultat, que le corps étranger était grand et qu'il a pu séjourner si longtemps dans le larynx, sans produire d'asphyxie.

Cas de rhinosclérome, par Seligmann. — Il s'agit d'une femme nouvellement mariée, originaire de la Hongrie du sud. Elle a été toujours

bien portante. Il y a une année elle est tombée, prétend-elle, et depuis cette époque elle souffrit des rhumes de cerveau à répétition. Sa voix est également altérée, ce qui remonterait d'après la malade à 4 mois.

Lorsqu'on examine la malade on trouve une forte infiltration à l'entrée du nez (introitus nasi) surtout à gauche, et du septum. On trouve des granulations également sur la paroi postérieure du pharynx, le voile du palais rétracté, les choanes également concentriquement rétrécies surtout la droite.

Le larynx présente également des infiltrations étendues, surtout en arrière.

On propose des dilatations au moyen de laminaires.

XIX. — *SOCIÉTÉ OTO-LARYNGOLOGIQUE DE SAINT-PÉTERSBOURG*

Président : V. Okuneff.

Séance du 24 avril 1908.

Compte rendu par M. de Kervily (de Paris).

Sur le rhinosclérome expérimental, par G.-E. Joukoff (avec présentation d'animaux et de préparations microscopiques). L'auteur rappelle d'abord que le rhinosclérome ou scleroma respiratorium a été décrit d'abord par Hébra en 1871. Mikulicz a trouvé dans les granulomes de grandes cellules particulières contenant un ou deux noyaux. Dans ces cellules enfin Frich a trouvé des microbes en forme de diplobacilles qui souvent aussi sont extra-cellulaires. Plus tard on a retrouvé ces bacilles dans la sécrétion nasale des malades. La lésion partant le plus souvent du naso-pharynx se propage surtout par continuité dans les régions voisines. Il existe aussi des cas qui montrent, cliniquement, la nature contagieuse de l'affection.

Dans ses expériences l'auteur a employé des fragments de tissu atteint de rhinosclérome et d'une culture pure du bacille de Frich, qu'il a inoculé dans la crête chez le coq. Rapidement la crête s'hypertrophiait et devenait indurée. Au microscope on voit des cellules de Mikuliez et des bacilles de Frich.

N. Simanovsky estime que les faits présentés par Joukoff sont suffisamment démonstratifs pour engager à prendre des mesures préventives à l'égard du rhinosclérome, car cette affection est devenue actuellement beaucoup plus fréquente.

Action de l'alcool sur l'oreille interne (travail expérimental), par Tsytovitch. — L'auteur présente les préparations microscopiques de l'oreille interne d'animaux auxquels il a administré de l'alcool pendant un temps prolongé. L'auteur pense que les lésions de l'appareil nerveux qu'il a obtenues sont analogues à ce qu'il a observé cli-

niquement chez les alcooliques qui présentent de la diminution de l'ouïe et d'autres troubles fonctionnels.

XX. — *CONGRÈS MÉDICAL D'AUSTRALIE*

SECTION D'OTOLOGIE. — 8e SESSION.

Compte rendu par TRIVAS (de Nevers).

Le 8e Congrès médical d'Australie a été tenu à Melbourne en octobre 1908.

Le nombre des congressistes était d'environ 800 et la section d'ophtalmologie et d'otologie a réuni 30 membres.

Discussion sur le traitement des suppurations des sinus accessoires, par Kent HUGHES (de Melbourne). — L'auteur préconisait l'ouverture exploratrice du sinus frontal dans des cas de polypes récidivants.

La majorité s'est prononcée en faveur de l'ablation de la paroi antérieure et contre l'opération complète de Killian. Un cas a été relaté où le curetage des cellules ethmoïdales a été suivi, une heure après l'intervention, de proptosis et de cécité d'un œil.

Sur les variations du trajet du facial, par Russell NOLAN (de Sydney).

Sur le traitement des déviations de la cloison nasale, par BRADY (de Sydney). — Les idées émises par l'auteur sont modérément conservatrices. Il s'élève contre l'application exagérée de l'opération de la résection sous-muqueuse si ingénieuse qu'elle soit et quelques brillants que soient parfois les résultats obtenus. Le sentiment général a été que la résection sous-muqueuse devrait être limitée au septum cartilagineux et que, si la crête osseuse nécessite une opération, celle-ci serait exécutée en deux séances.

La section décide, avant de se séparer, de recommander, à la réunion générale du Congrès, d'agir auprès des pouvoirs publics des différents États de l'Australie pour l'organisation d'une inspection et d'un examen systématiques des enfants des écoles publiques au point de vue des oreilles et des yeux.

XXI. — *DEUXIÈME CONGRÈS ESPAGNOL DE CHIRURGIE*

Tenu à Madrid du 11 au 16 mai 1908.

Compte rendu par E. BOTELLA (de Madrid).

Traduction par B. DE GORSSE (de Luchon).

Quelques communications intéressantes ont été faites à ce Congrès.

La trachéotomie et le tubage laryngé dans les processus laryngés ou trachéo-bronchiques, qu'ils soient ou non de nature diphtérique, par Llorente. — Communication des plus intéressantes et dont les conclusions, résultant d'une expérience de plus de 8400 cas suivis à la clinique de l'auteur, sont les suivantes :

1° Le tubage laryngé est l'opération indiquée dans l'immense généralité des cas où un processus aigu au niveau du larynx et des bronches s'oppose à l'accès de l'air dans les voies respiratoires ;

2° Le tubage est accepté plus facilement que la trachéotomie ;

3° Les complications broncho-pulmonaires sont beaucoup plus fréquentes dans la trachéotomie que dans le tubage qui n'ouvre pas de portes nouvelles à l'infection préexistante ;

4° L'alimentation par voie nasale évite, dans le plus grand nombre de cas, les broncho-pneumonies qui surviennent quand le malade s'alimente par voie buccale ;

5° Le tubage combiné aux injections de sérum dans les cas de diphtérie confirmée donne 95 pour 100 de guérisons.

Sur quelques points de technique opératoire de la cavité buccale, par Rivera. — Ce travail repose sur 41 extirpations de langue, 41 résections du maxillaire supérieur et 41 du maxillaire inférieur. On tire les conclusions suivantes :

1° L'anesthésie chloroformique est facile ;

2° La position de Rose n'est pas nécessaire ; il suffit de placer un oreiller cylindrique sur le cou pour tenir la tête suffisamment inclinée en arrière et qu'il n'entre pas de sang dans l'arbre respiratoire, ce qui est la seule complication dangereuse de ces opérations ;

3° La ligature préventive de la carotide aggrave notablement l'opération, sans éviter l'hémorragie ; on peut la remplacer, dans l'amputation de la langue, par la ligature de la linguale, en profitant du vide de l'espace sous-maxillaire ;

4° La trachéotomie préventive n'est pas justifiée dans ces opérations.

Valeur pratique de l'œsophagoscopie, par E. Botella. — Cette communication est publiée *in extenso* dans les *Archives internationales de laryngologie, d'otologie et de rhinologie* (voir n° 6 du tome XXVI et suivants).

Sur quelques modifications dans la technique de l'extirpation totale du larynx, par E. Botella. — Dans l'extirpation totale du larynx, la pneumonie septique est la complication qui enlève 90 % des opérés, et c'est à prévenir cette redoutable éventualité qu'ont tendu les efforts des chirurgiens de tous les pays.

La trachée étant placée dans la partie la plus déclive de la plaie opératoire, c'est fatalement vers elle que tendent à se diriger les sécrétions septiques dues à la salive qui s'échappe par la fistule pharyngée.

Navratil, avec la trachéotomie préventive, et Cisneros, avec la suppression de la fistule pharyngée, ont fait faire un grand pas à la question; mais c'est Gluck qui, par son idée de l'isolement de la trachée, a fait, pour ainsi dire disparaître la terrible pneumonie septique. Des perfectionnements successifs furent apportés à cette technique par Perier, Chiari et Le Bec, et on est arrivé à la conception du procédé Chiari-Le Bec, c'est-à-dire aux fixation et extirpation en deux temps bien séparés, ce qui est le meilleur procédé.

Sans doute a-t-on observé encore quelques accidents :

1° Sphacèle du premier anneau trachéal;

2° Rupture par mortification de la paroi membraneuse de la trachée ;

3° Petite infection du vide laissé par la trachée quand on la tire en avant et qu'on la fixe à la peau.

De toutes les incisions, celle du deuxième procédé de Gluck, l'incision à grand lambeau est la meilleure si les deux côtés sont infectés; mais elle est trop sanglante s'il n'y a qu'un côté malade, et la simple incision verticale est insuffisante C'est pour éviter et prévenir ces accidents qu'est faite ma nouvelle technique qui est la suivante :

Premier temps : fixation de la trachée.

Désinfection soigneuse du champ opératoire.

Anesthésie locale par injections hypodermiques de cocaïne-adrénaline Clin.

Incision verticale du bord inférieur du cricoïde au creux sternal.

Dénudation de la trachée par devant et sur les côtés, respectant autant que l'on peut le tissu cellulaire péri-trachéal.

Section de la trachée au niveau du premier anneau trachéal.

On pose deux attaches latérales de soie, l'aiguille entrant par le deuxième espace et sortant par le bord sectionné.

Pendant qu'un aide attire la trachée en avant, on finit de la sectionner en faisant grande attention de ne pas blesser l'œsophage sur la partie postérieure de la trachée.

Libération, sur 1 centimètre ou 1 cent. 1/2, de la partie postérieure de la trachée, de façon à ce que celle-ci puisse être facilement abouchée à l'angle inférieur de la plaie.

On supprime le vide laissé par la trachée en suturant au catgut le plan musculaire (sterno-hyoïdiens et sterno-thyroïdiens); la paroi fibro-musculaire de la trachée est ainsi renforcée.

Pour fixer la trachée, on place deux genres de sutures : l'un, de *contention*, à l'aide de points de soie prenant une couple d'anneaux et une quantité suffisante de peau, l'autre, d'*union*, aux crins de Florence, en adaptant avec soin le bord de la muqueuse et la peau. Suture du reste de la plaie avec la soie.

On place la canule, en l'entourant d'une mèche de gaze iodoformée, et on fait le pansement voulu.

Deuxième temps : extirpation du larynx. Se fait dix à quinze jours après le premier, et quand tout est parfaitement cicatrisé.

Deux incisions horizontales, celle du haut au niveau de l'hyoïde, celle du bas au-dessous du cricoïde; elles vont de la ligne médiane au bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien du côté de la lésion; on les réunit sur ce bord musculaire par une incision verticale.

Dissection du lambeau ainsi délimité, que l'on récline latéralement.

Extirpation des ganglions.

Dissection du larynx et avant et sur les côtés, en ayant soin, quand on travaille sur la partie inférieure, de ne pas déchirer la cicatrice qui le sépare de la trachée.

Extirpation du larynx de bas en haut, en respectant autant que possible la paroi œsophagienne.

Réfection de la paroi pharyngée, suture au catgut. On passe une sonde par le nez pour l'alimentation.

Suture des plans musculaires au catgut.

Suture de la peau avec de la soie ou des agrafes.

Pansement approprié.

Les avantages de la technique de Botella sont :

Dans le premier temps : 1° Cicatrisation rapide de la muqueuse trachéale à la peau, et nutrition assurée du premier anneau trachéal, en évitant le sphacèle; 2° Annulation de l'espace infra-laryngé laissé par la trachée; suppression d'un foyer septique et des causes de mortification de sa paroi postérieure.

Dans le deuxième temps : 1° Exécution de la toilette des ganglions et extirpation de ceux-ci en profitant de l'incision opératoire; 2° Champ opératoire rétréci; 3° Éloignement, grâce à la ligne de suture faite en dehors de la trachée, des culs-de-sac possibles qui sont les causes d'infection.

Le détail qui consiste à passer la sonde destinée à l'alimentation après avoir fait la suture de l'œsophage et avant de suturer les plans musculaires est intéressant en ce sens que cette façon de procéder permet d'être sûr que la sonde est bien logée dans l'œsophage, et on évite ainsi la possibilité de faire une fausse route si on ne l'introduit que le jour suivant, car c'est là un accident très grave.

Présentation d'un trocart-aspirateur pharyngien, par Barajas. — Cet instrument tend à éviter les accidents qui arrivent fréquemment quand on dilate les abcès rétro-pharyngiens, tant par l'irruption du pus dans les voies respiratoires que par les syncopes consécutives à la rapide évacuation de la collection (Marfan).

Ce trocart a 25 centimètres de long ; il est légèrement recourbé vers la pointe, porte une clef-robinet percée près du pavillon permettant l'écoulement du pus à l'aide d'un tube de succion qui va à un flacon destiné à recueillir le pus ; sous celui-ci, on peut faire marcher une pompe aspirante si c'est nécessaire. Le pus ayant été vidé par la canule du trocart sans qu'une goutte soit allée au dehors, on peut y introduire une sonde de Nélaton pour faire les lavages.

Contribution à l'étude du traitement chirurgical des labyrinthites, par Tapia. — Voici les conclusions de cette communication :

1° L'existence de la paralabyrinthite de von Stein est prouvée, et on peut comprendre en elle de nombreux cas de labyrinthisme;

2° Chez un des malades pour lesquels on avait fait le diagnostic de paralabyrinthite, il y avait de légers symptômes d'incoordination, ce qui vient à l'encontre des assertions de von Stein qui nie son existence;

3° L'observation IV paraît confirmer l'existence de la labyrinthite circonscrite de Himburg, puisque l'audition fut conservée malgré l'ouverture du canal semi-circulaire externe;

4° Les phénomènes moteurs observés en un cas démontrent l'influence qu'exerce sur eux le labyrinthe : ces phénomènes ne peuvent être subordonnés exclusivement à un trouble de la fonction de l'équilibre ;

5° Le nystagmus spontané ou provoqué est moins fréquent qu'on ne le croit; il est l'indice d'une irritation labyrinthique et son absence n'indique pas l'absence de cette irr tation ;

6° La perte d'un labyrinthe peut être compensée par le labyrinthe opposé, si celui-ci fonctionne bien ;

7° La pyo-labyrinthite peut être confondue avec un abcès cérébelleux; l'investigation fonctionnelle avant l'opération et l'examen de la paroi interne de la caisse au cours de l'acte opératoire éclaireront le diagnostic;

8° L investigation fonctionnelle par le procédé de von Stein est très laborieuse et pénible ; l'investigation de preuves déterminées est pratiquement suffisante;

9° Au cours de l'opération, on doit inspecter minutieusement les fenêtres ovale et ronde et l état des parois des canaux;

10° Bien que, dans les labyrinthites circonscrites, la fistule du canal horizontal puisse guérir par otorrhée, il paraît plus prudent et plus radical de la cureter pour éviter les complications endocraniennes (Himburg).

11° Le procédé opératoire de Botey et celui de Himburg sont ceux que l'on doit préférer, ainsi que celui de Jansen pour les paralabyrinthites.

II. — BIBLIOGRAPHIE

I. — **Physiologie et examen physique des canaux semi-circulaires**, par Barany (Leipsig, chez Denticke).

Reproduction du cours fait par Barany à la clinique de son maître, le professeur Politzer, cet ouvrage est du plus haut intérêt au point de vue professionnel; car il permet de soulever un peu le voile qui nous dérobe encore les affections du labyrinthe. Sa portée dépasse même notre spécialité; il sera en effet aussi bien des fois d'un utile secours à l'oculiste et même au neurologiste. Les idées émises sont en somme celles soutenues jadis par Breuer, Ewald, Mach, Neumann, etc. Ce ne sont donc pas celles de Cyon, qui a récemment critiqué les opinions de ses adversaires avec la compétence qui convient à sa haute autorité scientifique. Du reste, ces divergences n'empêchent pas les recherches de Barany d'être fort intéressantes, même si leur interprétation laissait à désirer. Il y a là des faits dont la valeur ne changera pas quelle que soit l'explication définitive...

Dans la première leçon, l'auteur se borne à résumer nos connaissances actuelles sur l'architecture, les rapports, la structure des canaux semi-circulaires et leurs relations avec le système nerveux central (nerf ampullaire); mais dans la deuxième, plus intéressante et plus originale, il aborde le côté physiologique de la question, c'est-à-dire les travaux de Purkinje, de Flourens, de Goltz, de Mach, de Breuer dont nous ne parlerons pas ici puisque nous les avons longuement rapportés lors de notre analyse de l'ouvrage de Cyon. Celui-ci n'est pas cité par Barany, et ceci constitue une grosse lacune de la présente monographie, l'auteur s'étant probablement laissé éblouir par les maîtres de l'école de Vienne. D'ailleurs, il n'était pas par lui-même juge désigné dans ces querelles de physiologistes si ardues et si controversable.

Adoptant les idées de Mach sur le nystagmus dénommé par cet observateur nystagmus de rotation ou nystagmus labyrinthique, Barany avoue que chez l'homme, contrairement à ce qu'on observe chez certains animaux, l'excitation expérimentale des canaux semi-circulaires ne s'accompagne pas de secousses de la tête. Tout se cantonne dans l'appareil oculo-moteur des globes oculaires. Cyon en a donné la raison : c'est que les muscles intéressés quand le fonctionnement du sens de l'espace (canaux semi-circulaires) est compromis, sont ceux qui prennent la part prépondérante à la direction et à l'orientation de l'individu tout entier. Ainsi, chez la grenouille où la tête est peu active, les désordres moteurs se voient surtout sur les muscles du dos et des reins; chez le pigeon, dont la tête est très mobile mais point l'œil, c'est l'extrémité céphalique qui reçoit le

contre-coup principal. Chez les mammifères à musculature oculo-motrice déjà semblable à celle de l'homme, les faits ont beaucoup d'analogie au contraire avec ce qui se passe chez ce dernier. Barany décrit successivement du phénomène qu'il étudie une variété ondulatoire (nystagmus allant tantôt dans une direction, tantôt dans l'autre), rythmique (alternatives régulières entre un nystagmus lent et un nystagmus bref). Ce nystagmus s'accroît, dit-il, si on fait fixer le regard dans la direction où les déplacements du globe oculaire ont leur maximum ; c'est le contraire en sens inverse. Les mouvements de rotation, l'attitude de la tête ne sont pas non plus sans influence (Cyon interprète différemment ces phénomènes qui n'auraient pas l'importance ni la constance qu'on leur a attribuées), grâce, dit Barany, fidèle disciple de Goltz, de Breuer et de Mach, aux différences de pression qui existent alors du côté de l'endolymphe dont l'action éveille l'activité physiologique des canaux semi-circulaires.

Les conclusions indiquées par Barany quant aux résultats de la torsion et des attitudes de la tête sur le nystagmus vestibulaire sont importantes ; et, si elles sont vérifiées ultérieurement, elles porteront une certaine lumière dans le diagnostic de la variété otique du symptôme.

Également remarquables sont les constatations relatives aux phénomènes accessoires. Ainsi, dans le cas de nystagmus à direction à droite, si le sujet atteint ferme les yeux et se tient sur une jambe, il tombe à gauche. Si on fait exécuter à cet individu une torsion de la tête de 90° à droite, l'extrémité céphalique tombe en avant, si on tourne la tête en sens opposé, de 90° à gauche, cette même extrémité céphalique tombe cette fois-ci en arrière.

En définitive, les mouvements du corps tout entier s'accompliraient dans le même plan que celui du nystagmus labyrinthique et leur direction générale est inverse de celle des mouvements les plus rapides du nystagmus.

Les mouvements réactionnels, si le plan est à droite, doivent donc s'effectuer à gauche comme il a été vu plus haut. Il n'y aurait trouble de l'équilibre que quand les dits mouvements de réaction ne s'accomplissent plus dans le plan horizontal et l'attitude de la tête jouerait alors un rôle capital.

D'autres troubles paraîtraient d'un caractère plus individuel que ceux mentionnés jusqu'ici, ce serait l'obscurcissement du champ visuel, les nausées et les vomissements (neurasthéniques), la paleur ou la congestion de la face, la sueur, les palpitations, les lypothymies, le tremblement.

Tous les points relevés plus haut ont été utilisés par Barany dans ses recherches cliniques. Il s'est servi simplement d'un siège auquel on peut imprimer un déplacement plus ou moins rapide. Avec de l'habitude, on arrive bientôt à obtenir un mouvement uniforme, le seul qui soit utilisable. En général, 10 tours suffisent, paraît-il, pour étudier convenablement le phénomène. La durée du nystagmus est mesurée et exprimée en secondes. Quand il veut étudier la variété

dite horizontale, Barany fait mettre des lunettes à verres opaques à ses malades pour mieux immobiliser le regard, suivant en cela le conseil que lui avait donné le Dr Hans Abel.

Barany fait encore remarquer que, chez 60 °/₀ des sujets normaux, l'œil, au terme de son déplacement latéral, est suivi d'un nystagmus léger, rotatoire et horizontal. Il ne faudrait pas prendre ce phénomène en quelque sorte constant pour la variété labyrinthique du symptôme en question; or, la différenciation entre les deux ne serait pas toujours aisée. Mais on élimine facilement le nystagmus de la course terminale de l'œil en se servant de lunettes et on supprime ainsi pratiquement le problème.

L'auteur fait part ensuite des différences symptomatiques parfois notables constatées d'après les individus, d'après l'âge, etc. dans le mode de constitution du nystagmus labyrinthique. Notons à ce point de vue que les sujets jeunes se comportent à peu près comme les individus âgés. Plus importante est l'influence de certaines dispositions morbides antérieures. Ainsi la neurasthénie semblerait prolonger la durée du phénomène.

L'accoutumance à la rotation chez les professionnels danseurs n'est pas non plus négligeable. Ainsi, ceux qui ont l'habitude de danser en partant du côté droit, n'ont qu'un nystagmus horizontal extrêmement court. Si le danseur se sert sans distinction des deux côtés, le nystagmus, au lieu d'être plus court, comme précédemment, serait alors plus long.

Barany s'est efforcé de donner une explication des différentes particularités qui caractérisent le nystagmus labyrinthique, se servant des remarques publiées sur le sujet, par les maîtres dont il s'inspire c'est-à-dire Breuer, Ewald, Mach, ou en recourant à son interprétation personnelle. Nous n'entrerons pas dans la discussion des opinions émises par lui, celles-ci nous paraissant contestables ainsi que nous l'avons dit plus haut, en nous rapportant aux informations toutes différentes de Cyon, dont l'habileté d'expérimentation ne fait doute pour personne.

Bornons-nous ici à dégager les notions cliniques qui se dégagent de la monographie de Barany.

D'abord pour le vertige rotatoire, lorsqu'un individu repose la tête bien droite sur un siège tournant à droite, on observe un nystagmus horizontal à droite. Si le mouvement de l'appareil est interrompu, on constatera un nystagmus horizontal rythmique à gauche. Le nystagmus labyrinthique peut être encore produit par des changements de la pression atmosphérique dans le conduit auditif externe, comme l'a démontré en 1892, à Strasbourg, le professeur Ewald qui a pu ainsi déceler une fistule du labyrinthe.

L'injection d'eau dans l'oreille produit, comme le facteur précédent, du vertige et du nystagmus, et la durée de ce dernier ira d'une demi minute à trois minutes. La tête étant droite, si on fait pénétrer dans l'oreille droite de l'eau froide, il surviendra du nystagmus rotatoire et horizontal dirigé vers la gauche, surtout quand le sujet

en expérience regarde à gauche. Mais lorsque le liquide est à la température du corps, aucun phénomène ne se produit. L'eau chaude amène un nystagmus du même côté que celui du conduit auditif intéressé.

Quand les deux labyrinthes sont détruits, ni la rotation passive, ni l'injection de liquide chaud ou froid, ni les changements de pression dans le conduit ne peuvent plus amener ni vertige, ni nystagmus et c'est bien, dit Barany, ce que démontre l'observation clinique des cas de labyrinthites destructives ou de surdi-mutités très prononcées.

Quand il y a labyrinthite, on peut admettre trois degrés dans la topographie des lésions : ou bien le mal est circonscrit, les extrémités nerveuses du nerf vestibulaire ne sont qu'irritées par un œdème inflammatoire, ou bien il y a anéantissement rapide par des altérations graves et diffuses, comme on les voit dans certaines otites internes suppurées, ou bien, enfin, il y a eu destruction lente et progressive de l'oreille interne. Dans le premier cas (lésions limitées), l'eau froide détermine un nystagmus type du côté malade; dans le second cas, elle ne produit rien, puisque le nerf vestibulaire est comme anesthésié, mais sa paralysie soudaine irrite les centres, comme le ferait son excitation et on observe un nystagmus spontané dirigé du côté sain; dans le troisième cas (destruction lente), les centres étant calmés, l'eau froide ne détermine aucun phénomène appréciable.

Dans le premier cas qui constitue un premier groupe, l'action de l'eau froide, contrairement à ce qu'on observe dans les autres catégories, peut être suppléée par les changements de pression atmosphérique dans le conduit auditif; le nystagmus est non continu et régi en partie par l'attitude de la tête. Si on penche l'extrémité céphalique en arrière ou en bas, si on la tourne rapidement du côté lésé, on détermine du vertige et du nystagmus, qui ne tarde pas à disparaître.

Ce nystagmus est permanent quand l'oreille interne est rapidement détruite. Il est spontané et il ne peut être provoqué ni par l'eau froide, ni par les changements de pression atmosphérique dans le conduit.

Barany affirme que, si l'on est en présense d'une otite moyenne suppurée ancienne, apyrétique, avec surdité sans action de l'eau froide, et qu'on observe en même temps un fort nystagmus spontané rotatoire dirigé du côté lésé, on est en droit de conclure à l'existence d'un abcès du cervelet, car ce nystagmus spontané rotatoire du côté malade autorise à songer à une compression intracranienne du côté de la fosse cranienne postérieure. L'absence de fièvre et de tout symptôme méningitique fait porter par exclusion le diagnostic d'abcès cérébelleux.

Dans les cas de traumatismes, les lésions peuvent être légères et simplement irriter par ébranlement des extrémités du nerf ampullaire; si les désordres sont plus graves, le vertige et surtout le nys-

tagmus seront plus accusés et plus durables. Ces phénomènes seront en apparence spontanés ou en connexion avec les déplacements de l'extrémité céphalique (fléchissement ou rotation de celle-ci en bas et en arrière, passage subit de la situation horizontale à la verticale, marche rapide). Souvent, on constate, en même temps que le vertige et le nystagmus, des nausées et des vomissements avec obnubilation partielle de la conscience. Si le nystagmus est rotatoire à droite, le malade tombera à gauche. Si la tête est tournée à gauche, il y aura chute en avant. S'il y a névrose traumatique (hystérie traumatique?), les phénomènes précédents sont inconstants ou altérés dans leur marche. Enfin, Barany indique le moyen d'utiliser le vertige labyrinthique pour le diagnostic du siège de la paralysie oculo-motrice. C. Chauveau.

II. — **Précis des maladies de l'oreille, du nez, du pharynx et du larynx**, par M. Lannois, avec la collaboration de F. Chavanne et C. Ferran (2 volumes de la collection Testut, formant 1700 pages avec 445 figures; chez Doin, éditeur).

Les dernières années ont vu apparaître plusieurs manuels consacrés à l'oto-rhino-laryngologie et destinés plus particulièrement à l'enseignement. Mais le développement rapide de cette partie si importante de la science médicale exigeait l'apparition d'œuvres plus complètes. A ce titre, la publication de l'ouvrage que M. Lannois vient de présenter au public médical se trouve amplement justifiée.

Ce très important volume de la Collection Testut, formant 1700 pages avec 445 figures, est pour une part le produit d'une collaboration. Tout en gardant la direction générale et la révision de l'œuvre commune, et en se réservant personnellement la partie otologique, le très distingué professeur adjoint à la Faculté de Lyon a fait appel à la compétence de ses deux élèves, Chavanne pour l'étude des maladies du nez et du pharynx, et Ferran pour celles du larynx.

Conçu dans un esprit éminemment didactique, l'ouvrage échappe par le développement de la partie théorique à la concision d'un précis et prend les proportions d'un véritable traité. Aussi ne s'adresse-t-il pas seulement à l'étudiant non familiarisé avec la spécialité et au praticien soucieux d'acquérir certaines notions devenues indispensables, mais aussi à tous ceux qui s'intéressent spécialement à ce vaste domaine de l'activité médicale qui a su prendre depuis vingt ans un si remarquable essor.

*
* *

L'**otologie** qui commence l'ouvrage et qui constitue l'œuvre personnelle de M. Lannois, est l'œuvre d'un spécialiste rompu aux exigences et aux difficultés de sa profession. Rédigée en un style sobre et précis, et marquée d'une empreinte bien personnelle, cette partie de l'ouvrage donne une parfaite idée de l'état actuel de la science otologique. Il faut louer l'auteur du soin avec lequel il expose les questions d'ordre général grâce auxquelles la spécialité ressortit

éminemment à la médecine. La partie chirurgicale est traitée avec le plus grand soin ; les méthodes de recherche et d'intervention sont exposées avec les détails les plus minutieux. La partie bibliographique est au courant des progrès les plus récents de la science, avec un louable souci des détails statistiques. La part d'observation personnelle comporte enfin sur bien des points une série de vues intéressantes, basées sur la pratique de l'auteur, où l'originalité des idées l'emporte sur le côté critique et traditionnel.

Un exposé des notions indispensables *anatomiques* et *physiologiques* précède les éléments de *séméiologie otique*, examen otoscopique, procédés d'aération de l'oreille moyenne (avec une étude très détaillée du cathétérisme de la trompe), épreuves de l'audition (montre, acoumètre, diapasons), réaction galvanique du nerf auditif.

L'*étiologie générale* des maladies de l'oreille est l'objet d'une étude très complète, en ce qui concerne notamment les rapports qui les unissent aux diverses affections organiques et générales, Après l'exposé des conditions générales prédisposantes (hérédité, âge, sexe, saisons et climats, professions), sont passés en revue les rapports des maladies de l'oreille avec les affections organiques (système nerveux, appareil circulatoire, estomac, organes urinaires, appareil génital, premières voies respiratoires et digestives), avec les maladies générales (diabète, goutte, rhumatisme articulaire, rachitisme, dyscrasies sanguines), avec les maladies infectieuses aiguës (coryza, grippe, rougeole, variole, varicelle, scarlatine, diphtérie, pneumonie, oreillons, fièvre typhoïde) ou chroniques (tuberculose, syphilis), et enfin avec les intoxications .Cette partie a été traitée par l'auteur en clinicien particulièrement averti.

Fait suite un chapitre de *symptomatologie générale* où sont examinés successivement les anomalies de l'audition, les bourdonnements d'oreille, les troubles de l'équilibre, les troubles réflexes, la paralysie faciale. Ce chapitre, qui correspond à la propédeutique des ouvrages de langue allemande, est à lire en entier.

La pathologie proprement dite nous arrêtera davantage; nous tenterons d'en donner la substance, avec mise en relief des points principaux.

L'étude des *maladies de l'oreille externe* débute par un paragraphe consacré aux *malformations* du pavillon qui ont intéressé particulièrement les aliénistes et les criminalistes ; à signaler l'oreille en anse, le tubercule de Darwin, l'oreille de Wildermuth type I et II, l'oreille de Féré, de Rohrer (voir les figures), la polyotie, le pavillon rudimentaire, le colobauma auris. Du côté du conduit, il peut s'agir d'anomalies de largeur et de direction, ou d'atrésies congénitales contre lesquelles les tentatives chirurgicales sont restées impuissantes.

Les *maladies du pavillon* comprennent en premier lieu l'*othématome* qui a donné lieu à des discussions pathogéniques importantes ; l'othématome spontané des aliénistes est en réalité d'origine traumatique dans la plupart des cas. La *périchondrite* peut être simple, séreuse (arthritisme) ou phlegmoneuse, à la suite de traumatismes

ou d'inflammations voisines. La peau du pavillon et du conduit peut être atteinte de *dermatoses* diverses : *érythème* de l'oreille qui comprend les engelures ; *impétigo*, qui peut être isolé ou coïncidant avec d'autres plaques des narines, du cuir chevelu ; *érysipèle* qui peut envahir secondairement le pavillon ou débuter par l'oreille externe ; *zona*, qui peut être isolé ou coïncider avec une autre éruption ; la *syphilis de l'oreille externe* peut se rencontrer à toutes les périodes : chancre du pavillon (morsure), syphilides ulcéreuses ou papulo-érosives du conduit, gommes sèches ou ulcérées ; l'*eczéma* aigu ou chronique est l'affection cutanée la plus fréquente de l'oreille ; la *tuberculose* est rare ; sa forme habituelle est le lupus, ordinairement secondaire à d'autres manifestations lupiques.

Parmi les *maladies du conduit auditif externe*, il faut mentionner tout d'abord les inflammations qui sont de nature très diverse. L'*otite externe circonscrite* répond à la furonculose du conduit ; elle peut donner lieu à du gonflement rétro-auriculaire et faire croire à une mastoïdite. Attendre pour inciser le furoncle que le pus soit collecté. L'*otite externe diffuse* reconnaît ordinairement des causes locales (introduction de liquides médicamenteux). Son diagnostic avec l'otite moyenne aiguë est parfois embarrassant en raison du gonflement qui ne permet pas d'apercevoir le tympan. L'*otite externe parasitaire* est due à la présence de divers végétaux parasites (otomycose). L'*otite externe hémorragique* caractérisée par l'existence de phlyctères sanguinolentes, est presque toujours d'origine grippale. L'*otite externe pseudo-membraneuse* peut être simple et consécutive à une ancienne otorrhée, ou diphtérique et coïncidant ordinairement avec une autre manifestation de la diphtérie. L'*otite externe desquamative* se caractérise par la présence de productions épidermiques, connues sous le nom de bouchons épidermiques. Les *atrésies acquises du conduit* peuvent être la suite de toutes les affections inflammatoires, mais surtout des interventions sur l'oreille (section du conduit, évidement pétro-mastoïdien). Les *anomalies de sécrétion* comprennent la diminution de la sécrétion cérumineuse, conséquence fréquente des affections chroniques de la caisse, et l'exagération de la sécrétion qui aboutit à la formation des bouchons de cérumen, justiciables dans la plupart des cas de grands lavages de l'oreille. Les *corps étrangers* de l'oreille sont inertes et de nature très diverse ou animés (larves de mouches). S'abstenir de toutes tentatives d'extraction et se borner à un lavage bien dirigé ; l'auriste seul est autorisé à se servir de la pince sous le contrôle de la vue. Les *exostoses du conduit*, pédiculées ou sessiles, sont justiciables de l'ablation par les voies naturelles, à la gouge et au maillet.

Les *maladies de l'oreille moyenne* sont celles qui tiennent la place prépondérante dans les affections de l'oreille. On les divise en deux grandes classes : aiguës et chroniques.

Les *otites moyennes aiguës* comprennent plusieurs variétés parmi lesquelles prend place à juste titre la *myringite aiguë*, rarement isolée, mais accompagnée le plus souvent de lésions de la caisse ; à signaler une forme spéciale, la myringite bulleuse, d'origine grippale.

L'*otite moyenne catarrhale* reconnaît pour cause l'obstruction tubaire et s'accompagne d'un épanchement séreux ou muqueux, amicrobien à la période d'état. Elle se traduit par une surdité qui varie avec le déplacement du liquide dans la caisse, plus ou moins apparent à l'examen otoscopique (ligne de niveau). Le traitement consiste à évacuer le liquide (paracentèse du tympan) et à désobstruer la trompe (cathétérisme et douche d'air).

L'*otite moyenne aiguë simple* est caractérisée par la prédominance des phénomènes congestifs avec absence d'exsudat ou formation d'un peu d'exsudat séreux ou séro-purulent. Souvent méconnue en raison de sa bénignité, elle se traduit chez l'enfant par une douleur vive qui disparaît après quelques heures. C'est cette forme d'otite aiguë qui peut donner lieu à une paralysie faciale par inflammation du nerf dans le canal de Fallope. Comme traitement, se contenter d'instillations glycéro-phéniquées chaudes dans le conduit ; éviter les insufflations d'air au début.

L'*otite moyenne aiguë suppurée* se caractérise par l'intensité des symptômes (douleur, fièvre, surdité), par la participation évidente des cavités voisines (cellules mastoïdiennes), par la formation de pus et son issue au dehors grâce à la perforation du tympan qui se produit du 3e au 4e jour. Sa durée habituelle est de quinze jours à trois semaines ; si l'écoulement dure six à huit semaines, il faut craindre une complication (chronicité, mastoïdite). Le traitement consiste au début à ouvrir le phlegmon de la caisse par une paracentèse ; si le tympan est déjà perforé, une ouverture plus large peut être nécessaire. Après quoi, l'idéal serait d'introduire aseptiquement une mèche de gaze dans le conduit une ou deux fois par jour, selon l'abondance de l'écoulement. En pratique, on doit recourir le plus souvent aux lavages d'oreille suivis d'instillations antiseptiques (glycérine phéniquée à 1 p. 20, huile mentholée ou phénosalylée à 1 p. 100, plus tard solution de protargol à 1 p. 20).

Les *otites moyennes chroniques* se distinguent en otite purulente et otite sclérosante.

L'*otite moyenne purulente chronique*, désignée souvent sous le nom d'otorrhée chronique, en raison de son symptôme le plus apparent, est la plus importante et la plus grave des maladies de l'oreille. Elle est très fréquemment consécutive à une otite aiguë insuffisamment traitée. L'examen au miroir renseigne sur la nature du pus, sur l'aspect, le siège et le nombre des perforations, sur la présence de plaques calcaires, polypes, caries. Si la suppuration se tarit, la perforation peut rester béante ou être remplacée par une cicatrice. Une forme spéciale est constituée par l'otite localisée à la partie supérieure de la caisse et s'ouvrant au niveau de la membrane de Schrapnell ; à signaler aussi l'otite moyenne tuberculeuse, ordinairement persistante. Le pronostic est grave en raison des complications possibles, sur place et à distance. Le traitement consiste à tarir la suppuration (lavages, instillations médicamenteuses, insufflations de poudres, cautérisations), et à rétablir

l'audition (insufflation, occlusion des perforations, tympans artificiels).

Les complications qui se produisent dans la caisse même comprennent : les *polypes de l'oreille* ou productions pédiculées que l'on rencontre dans le conduit, provenant de la prolifération d'un bourgeon charnu issu de la caisse, le plus souvent au niveau d'un point d'ostéite ; leur présence entretient la suppuration, aussi doit-on en faire l'ablation à l'anse froide (serre-nœud de Blacke). Les *caries osseuses* peuvent atteindre isolément les osselets (marteau et enclume) ou les parois de la caisse (recessus hypotympanique, attique, paroi labyrinthique). Le traitement comporte l'ablation des osselets (voir technique très complète) et le curetage de la caisse. Le *cholestéatome* est produit par le passage et la prolifération de l'épiderme du conduit sur la muqueuse de la caisse enflammée ; l'issue de lamelles au lavage décèle sa présence. Le traitement consiste en l'ablation de la tumeur (évidement pétro-mastoïdien).

L'*otite moyenne chronique sclérosante* est l'affection la plus commune et la plus rebelle qui se rencontre dans la pratique otologique. On a d'ailleurs décrit sous ce nom (otite sèche, otite interstitielle, processus adhésifs de l'oreille moyenne) des affections diverses ayant des caractères symptomatiques communs, mais d'origine différente. Elle succède à l'otite aiguë simple ou catarrhale, se caractérise par la formation d'épaississements, de brides fibreuses immobilisant les osselets (ankylose de l'étrier et de la fenêtre ovale), et se traduit par une surdité progressive, accompagnée de bourdonnements. Le traitement médical comporte les insufflations d'air, le massage du tympan et les injections par la trompe ; le traitement chirurgical utilise, sans résultats durables, la perforation artificielle du tympan, la plicotomie, la synéchotomie, l'ablation des osselets.

L'*otite scléreuse vraie* ou *oto-sclérose*, constituée par l'ankylose osseuse de la platine de l'étrier doit être distinguée de l'otite sclérosante ; son début primitif dans la capsule labyrinthique permettrait plutôt de la ranger parmi les affections du labyrinthe. Tout traitement local est inutile et même nuisible ; traiter les bourdonnements (bromure, acide bromhydrique anglais), conseiller l'usage des appareils acoustiques.

Les *mastoïdites* aiguës ou chroniques, sont dans l'immense majorité des cas secondaires aux otites moyennes suppurées.

La *mastoïdite aiguë* qui survient à la faveur de la virulence de l'infection et de la rétention purulente, se traduit par des signes généraux (fièvre) et locaux (douleur, gonflement rétro-auriculaire). La variabilité de la marche du pus donne naissance à des formes différentes : mastoïdite de Bezold qui fuse en avant et en arrière du sterno-mastoïdien, mastoïdites antéro-supérieures et postéro-supérieures, périostite mastoïdienne. Le point diagnostique important est de savoir s'il s'agit à l'origine d'une otite aiguë ou d'une otite chroniques réchauffée ; au premier cas suffit la trépanation mastoïdienne,

dans le second il faut faire l'évidement pétro-mastoïdien. La trépanation simple comprend l'antrotomie et l'ouverture systématique des cellules secondaires.

Les *mastoïdites chroniques* donnent lieu malgré leur allure torpide à des complications plus graves; leur traitement comporte l'évidement pétro-mastoïdien ou cure radicale, qui consiste à enlever toutes les parties malades depuis la caisse jusqu'à la pointe de l'apophyse; elle est suivie de l'autoplastie des parties molles qui a donné naissance à de nombreux procédés (de Stacke, de Körner, de Panse, de Siebenmann-Luc); la tendance actuelle est en faveur de la fermeture immédiate de la plaie mastoïdienne avec résection de la paroi postérieure du conduit.

Les *complications intra-craniennes des otites* se rencontrent surtout au cours des affections aiguës ou chroniques de l'oreille moyenne, y compris les mastoïdites. Les *abcès extra-duraux* se distinguent suivant leur siège en épitympaniques (ou de la fosse cérébrale moyenne), périsinusiens ou rétropétreux ; en général, le pus tend à fuser vers les centres nerveux. Leur ouverture est souvent une découverte au cours d'une intervention mastoïdienne.

La *thrombo-phlébite du sinus latéral* est une complication grave à laquelle il faut toujours songer dans les otites aiguës ou chroniques, dès qu'on voit la fièvre apparaître ou augmenter, en même temps que le frisson caractéristique. Le traitement consiste à ouvrir le sinus et à le débarrasser de ses caillots. La *pyémie d'origine otique* peut exister sans lésion du sinus latéral; elle se traduit par la fièvre avec son cortège habituel et les accidents métastatiques. L'exploration chirurgicale du sinus est nécessaire. La *méningite otogène* est souvent la complication terminale des autres manifestations intra-craniennes des otites. Cependant la curabilité en est possible par l'intervention chirurgicale combinée à la ponction lombaire. L'*abcès* cérébral reconnaît le plus souvent pour cause une otite suppurée; son siège le plus habituel est le lobe temporo-sphénoïdal, mais l'abcès cérébelleux est assez fréquent. Sa présence, insidieuse au début, se caractérise par des signes de suppuration, de compression intra-cérébrale et de localisation. Le traitement est purement chirurgical. Cette partie chirurgicale de la science otologique, qui prend de jour en jour plus d'importance, a été traitée d'une façon particulièrement complète.

Dans un chapitre commun sont réunies la *docimasie auriculaire*, la *pneumatocèle*, les diverses *algies otiques* (hyperesthésie auditive et hyperacousie douloureuse, migraine otique, otalgie vraie, algies hystériques), les *névroses motrices* et *réflexes*.

Puis sont étudiées les *tumeurs* de l'oreille externe, bénignes (angiomes, fibromes et chéloïdes, kystes sébacés, kystes dermoïdes, chondromes, névromes, tophi goutteux) et malignes (épithéliomes), et les tumeurs de l'oreille moyenne (épithéliomes greffés sur une ancienne suppuration).

Les *maladies de l'oreille interne* sont l'objet des recherches

actuelles des otologistes. Elles comprennent tout d'abord des *troubles circulatoires* : anémie du labyrinthe, ordinairement de cause générale, hyperhémie active ou passive, hémorragies labyrinthiques se traduisant par le syndrome de Ménière. Les *suppurations du labyrinthe* sont de connaissance récente : le plus souvent secondaires aux otites suppurées, elles sont diffuses ou localisées, aiguës ou chroniques, et ressortissent à l'action chirurgicale. Font suite la *syphilis de l'oreille interne* acquise ou héréditaire, les *labyrinthites* ourliennes, toxiques, chroniques. Le *vertige auriculaire* est l'objet d'une excellente mise au point, qui est à lire en entier.

Un paragraphe spécial est consacré à l étude de la *surdi-mutité*, et de l'*audi-mutité* que l'auteur a développée avec une compétence toute spéciale. Les *traumatismes de l'oreille*, si importants au point de vue médico-légal sont l'objet du chapitre suivant. Enfin l'étude de l'*hygiène de l'oreille* aux différents âges termine la partie de l'ouvrage consacrée à l'otologie. (*A suivre.*)

A. Perretière (de Lyon).

III. — **Le labyrinthe, organe du sens mathématique de l'espace et du temps** (*suite*), par Cyon. Berlin, 1908, chez Jules Karger.

Dès 1878, Cyon tâcha de concilier par son hypothèse fondamentale la théorique empirique et la théorie nativistique. Au fond, la chose n'était point trop malaisée, si l'on admet que l'homme a dans les canaux semi-circulaires un sens spécial se rapportant à l'espace et dont il peut nous donner les trois dimensions, ainsi qu'il a été vu plus haut. Certes, il faut bien admettre que la vue joue un grand rôle dans la notion spatiale, mais seule elle paraît impuissante. Aidée par le labyrinthe, elle suffit amplement dès que nous pouvons ordonner les sensations visuelles d'après la hauteur, la largeur et l'épaisseur des objets. C'est ainsi qu'a été créée instinctivement la base sur laquelle a été établie la géométrie euclidienne (classique). D'autre part, si Helmholtz a raison de vouloir que l'expérience soit invoquée, ses adversaires sont tout aussi justifiés de voir, dans la notion de l'espace, un élément spontané de notre intellect, mis en jeu il est vrai par un sens spécial.

Théorie de Cyon sur le vertige oculaire en 1878. — Nous avons rappelé précédemment les expériences de Cyon montrant que les idées de Mach [1] et de Breuer etc. sur le vertige amené par la rotation passive étaient erronées, c'est-à-dire qu'on n'était nullement en droit d'invoquer un changement de pression de l'endolymphe au niveau des canaux semi-circulaires. Mais, d'autre part, les relations étroites qui existent, comme on le sait maintenant depuis Cyon, entre

1. Mach a écrit à ce sujet une phrase bien en faveur des idées de Cyon. « On dirait, dit-il, que l'espace optique est projeté sur un autre espace que nous connaissons à l'aide de nos sensations de mouvement. » Il expliquait ainsi les déplacements apparents des phénomènes.

l'appareil oculo-moteur et les canaux semi-circulaires, ont permis de connaître également *a priori* que ces derniers ne doivent pas être sans influence sur la production du phénomène. Suivant l'auteur, la rotation qu'un individu accomplit le long de son axe vertical en valsant par exemple, amène du vertige parce qu'il n'y a plus concordance, entre les sensations visuelles et les sensations spatiales que nous fournissent les canaux semi-circulaires, sensations qui flottent incessamment dans notre mentalité, et d'après lesquelles nous ordonnons nos sensations visuelles, comme nos sensations de tact[1]. Si pendant qu'on valse on presse sur l'œil pour déterminer le phénomène bien connu du phosphène, celui-ci est aussi mal localisé que le serait alors une sensation visuelle. Cependant pendant la détermination dudit phosphène l'œil était resté inactif, à l'état de repos visuel complet. On ne peut donc invoquer une perturbation de la rétine.

Mach avait parfaitement compris que l'espace rendu appréciable par la vision ne coïncidait pas avec un autre espace dont nous avions l'intuition ; mais, ne comprenant pas que le dit espace intuitif nous était fourni par les canaux semi-circulaires, soutenant au contraire que seules les sensations dues aux mouvements devaient être invoquées, la véritable explication lui échappa complètement. Cyon a vu que le déplacement apparent du phosphène ne survenait que quand la rotation sur lui-même avait duré un certain temps. Il reconnut aussi que si on renouvelait à courts intervalles, à plusieurs reprises, les dits déplacements circulaires, l'illusion précédente tendait à disparaître. Il a éprouvé aussi que contrairement à ce qu'ont affirmé certains auteurs, s'il s'arrêtait subitement dans ses tours de valse et fixait un objet tel qu'un de ses doigts, cette fixité dans le regard, au lieu d'atténuer, augmentait son vertige. Si l'on a dit le contraire, c'est qu'en immobilisant sa vue sur le doigt, celui-ci, insignifiant comme ampleur, semble moins se déplacer que l'ensemble du champ visuel précédent, mais la fonction de l'œil augmente néanmoins le malaise qu'on ressent, en nous empêchant de ressaisir notre équilibre sensoriel. L'auteur ne pense pas que les phénomènes oculo-moteurs qu'on observe au cours de la rotation passive doivent surtout être invoqués comme cause de vertige[2] ; car ce même vertige peut être déterminé par des manœuvres qui rompent l'équilibre entre les sensations spatiales visuelles et les sensations spatiales ainsi formées par les canaux semi-circulaires, par exemple si on fixe un objet et qu'on imprime au globe oculaire des déplacements rapides avec le doigt. D'autre part, il fait observer que les individus atteints de

1. L'illusion d'un mouvement apparent doit se produire chaque fois qu'il y a désacord entre la perception visuelle et l'autre représentation mentale de l'espace que le désaccord se produise par le nystagmus, des déplacements passifs des globes oculaires, des perturbations mécaniques de rotation passive pro ongée, ou des lésions des canaux semi-circulaires.

2. Théorie de Purkinge, comme il a été vu précédemment.

nystagmus chronique ne présentent pas d'habitude de vertige visuel. Même si le symptôme existait au début le malade ne tarde pas à s'en débarrasser par la suite. Il lui suffit d'ailleurs tout de suite, pour faire disparaître son vertige, de fermer les yeux. Cette occlusion des paupières réussit assez bien également quand on se trouve dans un navire qui tangue et roule fortement, ou bien quand, du haut d'un pont placé très bas, on observe l'écoulement rapide d'un fleuve. On ne saurait donc toujours, comme on le fait, incriminer, pour expliquer les sensations vertigineuses, les impressions pénibles que fournit l'appareil oculo-moteur. La véritable cause serait ici, nous le répétons à dessein, le déséquilibre qui s'est établi pendant les différentes situations que nous venons d'énumérer entre l'espace d'ordre visuel et l'espace intuitif que nous fournissent les canaux semi-circulaires. Cette rupture de concordance nous fait croire à des déplacements purement imaginaires des objets. Avec cette notion, on s'expliquera facilement l'attitude des animaux pendant la rotation passive sur un disque se déplaçant circulairement avec rapidité. On comprendra aussi pourquoi le vertige ne cesse pas, augmente même quand on a supprimé les canaux semi-circulaires parce qu'on a exagéré ainsi la dysharmonie entre les sensations spatiales visuelles et les sensations innées de l'organisme sur ce même espace que les canaux semi-circulaires ne peuvent plus éclairer et contrôler. Parfois, on voit les pigeons en expérience, quand on les a au préalable soumis à cette vivisection, tourner leur bec en haut, leur nuque en bas en leur faisant subir une forte rotation de façon à déséquilibrer complètement leur champ visuel habituel et d'amener leur œil gauche à regarder à droite, leur œil droit à gauche. Si on ramène leur tête à une situation normale, on voit aussitôt la titubation reparaître, tandis que précédemment l'oiseau parvenait jusqu'à un certain point à se rendre maître de ses mouvements. Quel que soit l'animal, la section du nerf ampullaire amène la perturbation motrice toujours dans le groupe musculaire qui sert à l'orientation. Chez la grenouille, ce sont les muscles du dos car tête et yeux sont presque immobiles ; chez le pigeon dont les globes oculaires n'ont qu'un appareil moteur peu développé, ce sont les muscles du cou ; chez le lapin où les bandes musculaires qui agissent sur les yeux sont en parfait état comme chez l'homme, ce sont elles qui sont intéressées.

Expériences sur les sourds-muets. — Une bonne partie des expériences sur les sourds-muets que l'on pourrait citer pour ou contre l'hypothèse d'un sens de l'espace, ont été exécutées ou bien par des observateurs bien loin d'avoir en vue le but que se proposait Cyon, ou bien par ses adversaires mêmes en vue de ruiner ses propres idées. Si on accepte les vues de Mach, on doit supposer *a priori* que beaucoup de sourds-muets n'ayant pas de canaux semi-circulaires, du moins ceux-ci n'étant pas suffisamment actifs, ne peuvent par cela même avoir cette excitation des canaux semi-circulaires qui permet, d'après les contradicteurs de Cyon, d'avoir la sensation de vertige. Et en effet James n'aurait rencontré ce phénomène que dans

un tiers à peine des sourds-muets sur lesquels il a expérimentés. Kreidl aurait constaté qu'un quart de ses sujets pouvaient maintenir pendant la rotation passive indiquée exactement au moyen d'une aiguille, la direction de la verticale, chose que ne pouvaient pas faire les sujets normaux en expérience. Suivant cet auteur, les canaux semi-circulaires ne peuvent plus, dans ces circonstances, fonctionner comme sens du vertige, puisqu'il n'existe pas ou presque pas chez ces infirmes : ceux-ci peuvent, en effet, grâce à l'intégrité de leur vision, conserver très nette, malgré la rotation passive, la notion de la verticale. Strehl va jusqu'à affirmer que le vertige est complètement inconnu aux sourds-muets totaux. Ils dansent et valsent sans trouble apparent. D'autres observateurs sont moins affirmatifs, de telle sorte que des recherches ultérieures sont absolument nécessaires pour solutionner cette difficile question. Si on la résout dans le sens d'une absence de vertige labyrinthique, ne pourrait-on pas admettre que chez le sourd-muet des suppléances inconnues des canaux semi-circulaires permettent au sens de l'espace de s'exercer. Puis il faudra bien faire comprendre au sourd-muet, assez peu développé intellectuellement en général, ce qu'on entend par la sensation de vertige. Ceci ne sera pas facile.

Vertige par électrisation de l'oreille. — Cyon demande ici encore la révision attentive des idées émises sur le sujet par divers auteurs, parce qu'il les croit incomplètes ou inexactes. Il est impossible du reste de dire si les effets sont exactement localisés aux canaux semi-circulaires. Du reste les données des auteurs ne coïncident pas toujours entre elles.

Les canaux semi-circulaires considérés comme régulateurs de l'intensité et de la durée de l'innervation. — C'est Cyon qui a soulevé le premier ce problème lors de sa première communication à l'Académie des Sciences de Paris. Ses recherches ultérieures n'ont fait que le confirmer dans cette opinion. En 1878, il affirmait à nouveau l'importance des centres nerveux du nerf ampullaire sur la distribution de la force nerveuse. Il montrait en outre, vers la même époque, que l'idée d'un centre de coordination des mouvements n'était guère admissible ; car le choix de tel ou tel acte et les voies à suivre pour l'accomplir dépendent d'une foule de circonstances très diverses.

La possibilité au contraire de localiser, grâce aux canaux semi-circulaires, nos sensations dans l'espace règle *a priori*, par cela même, le choix des muscles à mettre en branle et l'étendue des mouvements qu'ils ont à accomplir. Et en effet, chez l'animal, auquel on a extirpé les canaux semi-circulaires, les mouvements sont d'une force tumultueuse tout à fait en dehors des besoins véritables de ces déplacements ; ce dont on se rend parfaitement compte quand on les contrarie. Flourens avait déjà vu le fait, et c'est pourquoi il attribuait aux canaux semi-circulaires un pouvoir générateur de la force nerveuse. Cyon montre comment cette hypothèse contient déjà un rudiment de vérité. (*A suivre.*)

C. Chauveau.

IV. — **Manuel des maladies du nez et de la gorge (Diseases of The Nose and Throat)**, par Herbert Tilley, Chirurgien at The Ear and Throat Department, University College, London (H. K. Lewis, 1908, London).

L'apparition de la 3e édition du livre de Herbert Tilley dont les deux premières publiées en collaboration avec le Dr H. Hall remontent à 1898 et à 1902, est la meilleure preuve du succès de cet ouvrage et de la faveur qu'il a rencontrée auprès du public médical. En préparant ce Manuel qui forme un volume de « Lewis's Practical Series » l'auteur a surtout cherché à faire œuvre pratique et utile aux débutants aussi bien qu'aux praticiens généraux désireux d'acquérir en rhinologie les notions élémentaires qu'aucun médecin, à notre époque, ne doit ignorer. C'est pourquoi il a accordé une place bien plus importante à la symptomatologie, au diagnostic et à la thérapeutique qu'aux questions encore controversées concernant l'étiologie et la pathogénie des maladies du nez et de la gorge. Dans cette nouvelle édition plusieurs chapitres ont été complétés ou entièrement remaniés, d'autres tels que ceux qui traitent des affections des cavités accessoires ont été écrits à nouveau.

Ce qui caractérise surtout cet ouvrage, c'est la place qu'y occupent les procédés de traitement chirurgicaux des maladies des fosses nasales et de la gorge. Sur les trois parties en lesquelles le manuel est divisé, la première est consacrée aux affections du nez, des cavités accessoires et du naso-pharynx. Parmi les chapitres les plus intéressants de cette partie, signalons l'obstruction nasale, les déviations de la cloison où sont décrites avec beaucoup de clarté et de précision les quatre principales méthodes de redressement du septum qui se disputent la faveur des rhinologistes : Procédés de Gleason, Moure, Asch et la résection sous-muqueuse d après Killian ; la tuberculose du nez, les tumeurs bénignes et malignes des fosses nasales. Une mention spéciale mérite le chapitre sur les sinusites et leur traitement chirurgical qui est une véritable mise au point des progrès les plus récents réalisés dans cette partie de notre spécialité. Les symptômes et le diagnostic différentiel des suppurations des diverses cavités accessoires ont été traités avec tous les détails que comporte le sujet. D'autre part, la cure radicale de la sinusite antrale, celle de la sinusite frontale et surtout l'opération de Killian et les complications auxquelles cette dernière peut donner lieu sont exposées avec une clarté et une précision des plus remarquables. Relevons cependant que H. Tilley passe complètement sous silence la question intéressante des sinusites grippales. De même, parmi les autres affections des cavités accessoires, l'auteur consacre à peine quelques lignes aux tumeurs malignes primitives de l'antre d'Highmore.

Dans les 2e et 3e parties (maladies du pharynx et du larynx) nous signalerons le chapitre intéressant et tout nouveau : « Sur les inflammations septiques aiguës du pharynx et du larynx y compris l'angine de Ludwig ». Adoptant les vues de Sir Felix Semon et de Kanthack, Tilley considère les différentes formes d'inflammations septiques

aiguës de la gorge telles que : œdème aigu du larynx et du pharynx, phlegmon et érysipèle de ces organes, et l'angine de Ludwig comme des processus pathologiques identiques variant seulement par leur degré de virulence.

Pour finir nous ajouterons que le livre de H. Tilley est écrit dans un style clair et précis qui le rend accessible même à ceux de nos confrères français qui sont tant soit peu familiarisés avec la langue anglaise. L'ouvrage est édité avec beaucoup de luxe et accompagné de 126 magnifiques gravures et de 24 planches en couleurs hors texte. Bien que nous possédions en France d'excellents traités spéciaux devenus classiques, nous sommes sûr que la traduction française du manuel de H. Tilley trouvera chez nous un accueil des plus bienveillants.

TRIVAS (de Nevers).

V. — **Compte rendus de la clinique oto-rhino-laryngologique de l'Université de Rome** (*suite*) (5e année, 1907. Rome, chez G. D'Antonis).

Occlusion de la trompe après l'évidement pétro-mastoïdien, par le prof. Ferreri. — Après l'évidement de l'antre et de la caisse on voit souvent survenir des récidives d'otorrhée, bien propres à décourager les patients qui ont été soumis à cette grave opération.. Ferreri attribue ces rechutes à une nouvelle infection microbienne par la trompe. Le pharynx et le cavum de cette catégorie de malades restent, comme on le sait, le siège de microbes divers qui déterminent du côté de cette cavité des poussées aiguës qui ont tendance à se propager au loin, non pas par la voie lymphatique ou par la voie sanguine, mais par propagation de leurs colonies sur la surface même de la muqueuse et de ses diverticules salpingiens et autres. D'ailleurs, l'orifice de la trompe dans la caisse est manifestement altéré dans beaucoup de cas et souvent on y constate des végétations plus ou moins volumineuses. L'auteur recommande donc après qu'on aura largement enlevé toutes les portions de tissus suspects, de rechercher le lieu d'abouchement de la trompe, à l'aide d'un petit miroir éclairant bien le champ opératoire, et au besoin d'un stylet. On fera ensuite pénétrer l'anse galvanique dans le conduit en question, et on chauffera, à plusieurs reprises, le fil de platine au rouge cerise mais avec précaution bien entendu et pendant très peu de temps, juste de quoi faire 3 ou 4 mouchetures. Ceci suffit pour atteindre le but désiré. La guérison par cuticulisation de la cavité tympanique semble être aussi plus assurée et plus rapide, si on s'en rapporte à quelques observations citées par Ferreri à l'appui de sa méthode.

Un cas d'épithélioma du pavillon, par Aurelio Zonela. — Les faits de ce genre sont, comme on sait, peu nombreux. Les plus anciens ont été publiés par Velpeau, Demarquay, Sedillot, Boisson.

Dans sa thèse (Paris, 1882) Treillet a pu cependant en réunir 11 cas. En 1894, Ferreri a fait paraître un important travail sur le sujet renfermant plusieurs observations personnelles. En 1897, Roncali a écrit sur la même question une monographie très complète

renfermant la plupart des faits signalés en France, en Allemagne, en Angleterre et en Italie. Parmi les cancers du pavillon, les plus nombreux sont d'origine épithéliale bien qu'on connaisse un certain nombre d'exemples de sarcomes; et le néoplasme le plus fréquent de cette nature est certainement le cancroïde, ainsi qu'il fallait s'y attendre. Il débute sous la forme d'une petite verrue que le patient arrache à plusieurs reprises par grattage et finit en ulcère rongeant et envahissant. Ordinairement lent, le développement se montre d'autres fois très rapide.

Chez le malade d'Aurelio Zonela, âgé de 66 ans et bien portant, le mal apparut à la partie inférieure de la conque auditive sous la forme verruqueuse classique. Elle semble avoir duré une vingtaine d'années. Par des grattages successifs, il se développa une petite ulcération d'abord très limitée, mais qui gagna peu à peu quoique très lentement, en étendue. Légère sécrétion séreuse, très peu de douleur. Il y a 5 ans, le patient vient trouver le prof. Rossi qui pratique l'extirpation, puis la cautérisation de la région suspecte. Récidive rapide ; traitement par la vaseline iodoformée. Les choses empirant, cet individu revient à la clinique. Le pavillon a conservé sa forme normale, mais il est très tuméfié spécialement au niveau du lobule. Coloration bleuâtre des lésions, saillie ulcérée à la racine de l'hélix, bouchant la cavité de la conque et le conduit auditif. Sécrétion trouble et fétide. Autre ulcération en arrière dans le sillon rétro-auriculaire sur l'écaille du temporal. Le prof. Ferreri fait l'ablation totale du pavillon et de quelques lobules nécrosés de la glande parotide. La plaie opératoire se recouvre rapidement de bourgeons de bonne nature, mais au bout de 10 jours le patient exige son exéat et depuis on l'a perdu de vue. Aurelio Zonela a fait de la tumeur un bon examen histologique, qui permet grâce à l'étude de diverses portions du néoplasme, de refaire entièrement l'histoire de son développement et du mode d'envahissement du tissu cartilagineux par les cellules cancéreuses. L'existence manifeste de strates envahissant la couche de Malpighi et de globes épidermiques montre bien qu'il s'agissait de cancroïde. (*A suivre.*)

C. Chauveau.

VI. — **Sur l'organe de l'ouïe des oiseaux**, par J. Breuer (Rapport des séances de l'Académie impériale de Vienne. Section de mathématiques et de sciences naturelles. Vol. CXVI, 3e partie, avril 1907).

L'auteur essaie de compléter les recherches de ses prédécesseurs (Breschet, Deiters, Hasse, Retzius, etc.) par des détails dans la structure histologique de l'oreille de l'oiseau. Il examina la membrane basilaire du pigeon au point de vue du dispositif et de la longueur des faisceaux auditifs (Gehörsaiten) et détermina que les faisceaux parallèles et placés les uns contre les autres, ne courent — comme Retzius et Denker l'ont déjà montré — pas tout à fait obliquement mais quelque peu dans une direction supéro-postérieure. L'auteur

distingue donc dans la membrane basilaire une zone *pectinée* à faisceaux obliques, et une zone *non pectinée* à faisceaux non-obliques et estime que la pars pectinata d'un pigeon adulte offre une largeur de 0,14-0,35 mm., tandis que la pars non pectinata a partout une largeur de 0,5-0,7 mm. Denker admet l'existence d'une zone non-pectinée correspondant aux explications de l'auteur, mais chez le perroquet sa largeur s'écarte considérablement de celle de cette même zone chez le pigeon ; tandis que chez le pigeon, d'après Breuer, elle a 1/5-1/3 de la largeur de la zone pectinée, celle-ci chez le perroquet est au moins 9 à 10 fois plus large que la zone non-pectinée. Denker n'a pas observé non plus chez le perroquet l'angle formé entre la zone pectinée et la zone non-pectinée que Breuer trouve chez le pigeon.

Concernant la différence de longueur des faisceaux auditifs, l'auteur constate qu'entre les faisceaux les plus courts et les plus longs il existe un rapport d'environ 1 : 2,5 à 1 : 3, si l'on fait abstraction des faisceaux de l'extrémité de la pointe. Denker put également constater cette faible différence dans la longueur des faisceaux dans la plus grande partie de la membrane basilaire chez le perroquet, mais du côté du vestibule, il trouva un nombre assez considérable de faisceaux dont la longueur devenait de plus en plus courte. Il ne peut pas par conséquent s'associer à l'auteur contre la théorie de la résonance de Hensen-Helmholtz.

Denker, d'après ses recherches sur le perroquet, croit pouvoir confirmer l'opinion de l'auteur, à savoir que les faisceaux auditifs courent dans la couche inférieure ou tympanale de la membrane basilaire.

L'auteur constate que les cellules de soutien sont placées obliquement et en forme d S, de sorte que leurs bases sur la membrane basilaire sont toujours plus latéralement placées que leurs parties supérieures. Les cellules à cils sont toutes unies à la membrane de Corti (membrana tectoria) ; les cils sont longs, pénètrent dans la membrane de Corti et courent dans sa substance dans la direction médiane vers les corpuscules de Deiters. Entre les corpuscules de Deiters (cellules cylindriques) et la papille acoustique basilaire se trouve une couche de 4 à 6 cellules rondes à parois très minces, claires comme de l'eau et se colorant à peine.

L'auteur est d'avis que la théorie de Ter Kuile est également vraie pour le labyrinthe des oiseaux. D'après cette théorie les deux surfaces planes de la membrane de Corti et de la membrane réticulaire de l'organe de Corti ne bougent pas l'une vers l'autre, mais glissent l'un contre l'autre, afin de communiquer aux cils un mouvement de va-et-vient. Il en explique le mécanisme comme suit : lorsque par l'incursion du plateau de la columelle la lymphe est forcée contre la pars basilaris, la zone pectinée et la zone non-pectinée se placent à un niveau plus bas et forment à l'endroit où elles se touchent un angle extrêmement obtus, par suite de quoi les deux zones, à distension égale, devraient s'allonger. Cette élongation, d'après l'avis de l'auteur, devrait atteindre surtout la zone pectinée

et se transmettre à la papille acoustique, car on peut attribuer une extensibilité, à la vérité limitée, aux faisceaux de cette zone, ce qui n'est pas le cas pour la zone non pectinée. La traction latérale ainsi produite sur la surface de la papille doit tendre les cils qui pénètrent dans la membrane de Corti.

Dans la seconde partie de son travail, l'auteur examine les résultats des recherches sur le labyrinthe des oiseaux répondent aux diverses théories de l'ouïe. Il est d'avis, comme nous avons déjà vu plus haut, qu'ils plaident contre la théorie de Hensen-Helmholtz. Nous avons vu aussi la raison que donne Denker pour ne pas s'associer à cette opinion. L'auteur arrive cependant à la conclusion que cette théorie peut être maintenue si l'on accepte que les faisceaux acoustiques vibrent, non pas *transversalement* d'après la loi simple, mais *longitudinalement*, d'après la loi compliquée, et il considère cette manière de vibrer la plus probable dans le labyrinthe des oiseaux. Denker est cependant d'avis qu'une telle hypothèse, étant donnée la grande insuffisance de nos connaissances sur les vibrations longitudinales, repose sur une base bien faible.

Les théories auditives de Ter Kuile et de Max Meyer qui se basent sur la notion que la propagation du déplacement produit par l'incursion de la base de l'étrier, part du commencement du limaçon et dépend de la période du mouvement de l'étrier, sont rejetées par l'auteur, parce que la base de la columelle des oiseaux ne se trouve pas au commencement de la rampe vestibulaire, mais en face et parallèle à la membrane basilaire, et cela plutôt vers le milieu du limaçon qu'à son commencement ; pour cette raison on ne peut pas parler du passage d'une onde le long de la membrane basilaire.

Aussi la théorie d'Ewald est pour le moins incomplète, car elle laisse tout à fait de côté une donnée anatomique importante, la propagation de la zone pectinée du bout proximal au bout distal.

L'auteur rejette l'opinion de Kishi, à savoir que ce n'est pas la membrane basilaire, mais la membrane de Corti qui est la membrane vibrante, car elle se compose de fins faisceaux et est tendue entre les dents de Huschke et l'organe de Corti. Il se base pour la rejeter sur les conditions anatomiques trouvées dans l'oreille de l'oiseau et qui ne s'accordent nullement avec elle.

La troisième partie du travail est vouée à l'anatomie et à la fonction du muscle du tympan. Avec Breschet, l'auteur appelle ce muscle le muscle de la membrane du tympan (musculus membranae tympani). D'après sa fonction, son cours et son innervation, il ne correspond ni au muscle tenseur du marteau, ni au muscle de l'étrier. L'auteur le décrit comme précédemment l'avaient fait Killian et Denker. La contraction de ce muscle tire la tête de la columelle en bas et en arrière et tend le tympan dans ses parties supérieure et antéro-inférieure, tandis que sa partie postéro-inférieure est détendue. De plus, le tympan auquel la columelle donne la forme d'un entonnoir tourné en dehors, subit un aplatissement de toute sa surface. On doit donc considérer le muscle du tympan comme un

tenseur de la plus grande partie du tympan. De plus, la contraction de ce muscle produit en même temps un mouvement d'excursion de la base de la columelle dans la fenêtre du vestibule, mouvement semblable à celui produit chez l'homme par la contraction du muscle de l'étrier. Il se fait une bascule par laquelle la partie antérieure de la base de l'étrier ou de la columelle est attirée en dehors de la fenêtre vestibulaire vers la caisse. Le muscle du tympan de l'oiseau cumule donc les fonctions importantes du muscle tenseur du tympan et du muscle de l'étrier : il tend le tympan et diminue la pression labyrinthique. C.-J. Kœnig (de Paris).

VII. — **Les maladies du larynx et de la trachée**, par Cisler (Prague, 1908).

Cet ouvrage constitue le premier traité de laryngologie tchèque. Cisler s'est proposé de donner aux étudiants et aux praticiens un manuel écrit dans leur langue maternelle, leur permettant d'acquérir les notions qui leur sont indispensables dans le domaine de la laryngologie. — Un traité de rhinologie doit paraître prochainement.

Nous devons considérer ce traité, surtout au point de vue didactique : et disons aussitôt, que l'auteur s'est acquitté à la perfection de sa tâche. Il insiste avant tout sur les questions ayant trait au diagnostic et à la thérapeutique, questions qui peuvent être résolues sans instrumentation spéciale. Il n'étudie, par exemple, que brièvement les opérations endo-laryngées au cours de la tuberculose, interventions qui occupent cependant une place importante dans la littérature spéciale. Par contre Cisler insiste, dans ce domaine de la tuberculose, sur la méthode de Bulling (inhalations de phénylpropionate acide de soude) ; cette thérapeutique lui a réussi pleinement dans une série de cas de ce genre : il débute par des inhalations au moyen d'une solution à 1/2 % : puis chaque semaine il élève la concentration de la solution d'un 1/2 % jusqu'à 3 %. Cisler ne fait qu'esquisser brièvement la galvano-caustique endo-laryngée ; il recommande de ne pratiquer la galvanocaustique et les interventions endo-laryngées que lorsqu'on en a l'expérience.

Bien que l'auteur s'en tienne aux connaissances indispensables au praticien, il ne manque pas de parler des progrès les plus récents de la laryngologie, en résumé tout au moins : et tout d'abord il fait mention de la bronchoscopie (d'après la publication de Killian), puis de la radiographie en laryngologie. En ce qui concerne l'emploi du phonographe, l'auteur est très sceptique : il fait remarquer combien les bruits accessoires sont intenses et modifient l'impression acoustique.

Au point de vue spécial, l'auteur a divisé son traité selon la méthode usuelle : il décrit successivement les affections catarrhales, les maladies infectieuses, les néoplasmes. Insistons, dans le dernier chapitre, sur ce que dit l'auteur au sujet des nodules vocaux. Il distingue une forme épithéliale, et une forme consécutive à la réten-

tion glandulaire sur le bord libre des cordes vocales. Imhofer rappelle qu'il a émis une opinion identique à celle de Cisler dans son traité sur les maladies de la voix chez les chanteurs, 1904 (édité par Euslin). Le dernier chapitre est consacré aux névroses laryngées, sujet que l'auteur a souvent traité dans des publications isolées : à ce chapitre est annexée une étude des maladies professionnelles de la voix. Qu'il suffise de signaler que Cisler partage l'opinion courante actuelle, qu'il ne considère plus ces affections comme justiciables uniquement du traitement par les badigeonnages et le cautère ; il indique nettement le rôle du médecin et celui du professeur de chant ; il considère que les deux études doivent être traitées concomitamment.

L'ouvrage de Cisler soigné, et d'un intérêt didactique réel, sera certainement apprécié à sa juste valeur par les médecins.

R. Imhofer (de Prague) et M. Bloch (de Paris).

VIII. — **Images du tympan d'artistes musiciens**, par Gevers Leuven (d'Ede, Hollande). (Brochure de 20 p. avec 5 planches chez les héritiers et successeurs de F. Bohn, éditeurs à Harlem, 1908.)

Dans l'introduction qui précède cet intéressant atlas, d'une grande netteté d'exécution, l'auteur déclare que le tympan des musiciens ne semble pas présenter la verticalité marquée que voulaient lui attribuer Schwartze et von Tröltsch ; cela ne serait vrai que dans quelques cas. Il a vu que chez les musiciens, il n'y a pas une aussi grande différence dans l'inclinaison du tympan par rapport à la surface postérieure entre l'oreille droite et la gauche, que chez les sujets non musiciens. Le plus souvent le manche du marteau est plus long dans l'oreille droite que dans l'oreille gauche. Enfin, il lui semble que chez les sujets très bien doués au point de vue musical, le tympan est plus translucide que chez ceux qui n'ont aucune disposition musicale.

Dans le premier chapitre l'auteur décrit l'aspect du tympan normal. Dans le second chapitre, il donne la description d'un petit appareil destiné à représenter la façon dont le tympan est tendu et dont le triangle lumineux se produit.

La partie la plus intéressante de ce travail est la description du tympan d'artistes musiciens.

N° 1. M. W., compositeur, 43 ans. Conscience absolue des sons [1].

Tympan droit : long manche, gros ombilic, promontoire visible ainsi que la longue apophyse de l'enclume avec l'insertion du muscle de l'étrier ; triangle divisé.

1. La conscience absolue, parfaite, du son, consiste dans la faculté de pouvoir reconnaître et nommer une note entendue isolément et de la reproduire une fois nommée en chantant ou en sifflant. La conscience relative porte le nom de conscience des intervalles, que son nom seul suffit à expliquer.

Tympan gauche : manche plus court ; pas de division du triangle. On voit un peu de l'enclume au-dessus du segment postérieur.

N° 2. M. v. d. W., professeur de violon au Conservatoire.

T. D. Depuis l'apophyse de l'enclume on voit une traînée blanche allant vers le bas (Reliquat fœtal ?). Exostose du manche du marteau ; reste de tissu embyonnaire.

T. G. Ici aussi l'union entre le manche du marteau et l'apophyse de l'enclume est d'origine fœtale.

N° 3. B.V. compositeur, professeur au Conservatoire, 35 ans. Audition absolue très développée.

T. D. Triangle visible seulement en partie. Point lumineux dans la membrane de Schrapnell.

T. G. Du manche du marteau, partent 2 petites traînées allant vers le promontoire, placé très près derrière le tympan.

N° 4. M. C. O., pianiste, prof. au Conservatoire, 35 ans ; a été cathétérisé autrefois à droite.

T. D. On voit l'insertion du muscle de l'étrier, le promontoire ; triangle divisé.

T.G. Redoublement du repli postérieur ; on voit le troisième pli ; de même un peu du corps du marteau. Du manche partent deux bandes blanches allant dans la direction du promontoire.

N° 5. Mademoiselle H., professeur de piano.

T. D. Tympan d'aspect très simple.

T. G. Exostose (?) au voisinage du bord postérieur.

N° 6. P. V.A., compositeur, 26 ans.

T. D. très translucide ; promontoire très net ainsi que l'apophyse de l'enclume et l'insertion du muscle de l'étrier.

N° 7. Mademoiselle C.K., 43 ans, compositrice, autrefois professeur de piano.

A droite et à gauche : triangle identique, manche du marteau de même longueur ; apophyse de l'enclume et musle de l'étrier visibles de couleur rose.

A gauche : quelques petits points lumineux.

N° 8. A. d. R., 19 ans, talent musical très développé, violoniste.

T. D. L'arc antérieur net ; va d'abord de la courte apophyse vers le haut, puis de façon tranchée, vers le bas. (L'auteur appelle arc antérieur, la ligne-limite, dans le segment antérieur, de la membrane de Schrapnell). Restes fœtaux (?).

T. Ombilic en demi-lune. Restes fataux (?).

N° 9. K. T., 36 ans, pianiste, compositeur.

T. D. Bien que le tympan ne soit pas trop tendu, on voit le repli postérieur.

T. G. On voit ici comment l'arc antérieur débute près de la courte apophyse.

N° 10. V. T. Pianiste, 26 ans.

T. D. Apophyse de l'enclume, longue, terminée en pointe et placée près du manche du marteau. Ici aussi on voit le pli postérieur.

T. G. Rien de particulier.

N° 11. V. d. K., 34 ans, chanteur.

T. D. et T. G., à peu près semblables en ce qui concerne la longueur du manche du marteau.

N° 12. A. B., 28 ans, professeur de flûte au Conservatoire.

On remarque ici que le triangle lumineux ne prend pas naissance, comme à peu près toujours, juste à l'ombilic, mais un peu plus haut. M. Menier (de Figeac).

IX. — **Nouveau tube-guide pour la trachéobronchoscopie directe**, par Vittorio de Cigna (de Gênes).

La trachéobronchoscopie directe qui a fait faire à la chirurgie des voies aériennes trachéobronchiques un si grand pas ne s'est malheureusement pas généralisée autant qu'il aurait fallu, en raison des difficultés de la technique opératoire. Pour acquérir l'habileté suffisante, Killian dit qu'il faut longuement s'exercer la main sur le cadavre ou sur le laryngo-fantome qu'il a inventé ; Guisez dit qu'il faut faire au moins une centaine d'essais avant d'appliquer cette méthode sur le vivant : ce qui même n'empêcherait pas le médecin de se trouver embarrassé lors de sa première tentative d'introduction du tube.

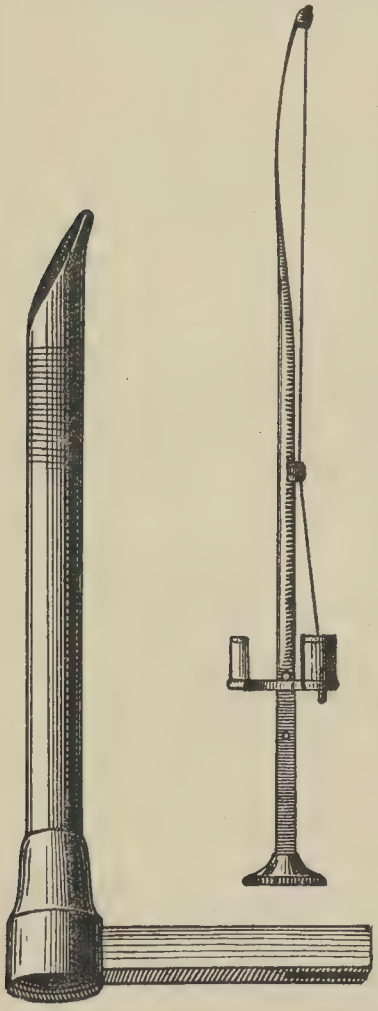
De nombreuses causes rendent, en effet, cette manœuvre ardue : tout d'abord la contraction des muscles de la nuque qui, par réaction de défense, mettent la tête en hyperextension, empêchant l'abolition de l'angle formé par la cavité buccale et la trachée. D'autre part, la base de la langue constitue le deuxième obstacle qu'il faut vaincre. Si à ces deux causes s'ajoute l'excitabilité probable du malade, l'on aura, on le conçoit, de grandes difficultés à réussir l'opération.

Killian conseille de conduire le tube sous le contrôle de la vue à travers le tube lui-même et en reconnaissant de proche en proche, les parties situées à l'extrémité, jusqu'à l'ouverture de la glotte. Théoriquement, cette façon d'agir paraît chirurgicalement bonne ; mais tout autre est la mise en pratique.

Que le malade bouge, le rayon visuel n'est plus dans l'axe du tube ; la position couchée, avec la tête en hyperextension, commode pour le malade, ne l'est pas pour le médecin ; la position assise est fatigante pour le malade qui ne peut se prêter ainsi à un examen prolongé.

La plus grande difficulté est créée par l'introduction du tube dans la trachée et c'est pour simplifier cette partie de la technique opératoire que de Cigna a imaginé un tube sur le modèle de celui de Killian, pourvu à son extrémité inférieure à environ deux centimètres et demi d'une spirale flexible en continuation directe avec le tube rigide. Au moyen d'un petit mécanisme situé à l'intérieur du tube lui-même, cette extrémité peut se plier à volonté. (Deux figures annexées au texte simplifient la description de l'appareil et de la technique.)

La technique est la suivante : tout d'abord cocaïnisation selon les règles habituelles. Quand les réflexes sont abolis ou à peu près, on procède à l'introduction du tube-guide. On peut employer deux méthodes. Tout d'abord, chez les malades calmes, on peut faire l'introduction sous contrôle laryngoscopique. Quand on voit les cordes vocales, on introduit le tube en faisant agir le mécanisme intérieur, l'extrémité se replie et s'adosse à l'épiglotte. On franchit ensuite doucement la glotte et on pénètre dans la trachée. Pendant tout ce temps, un aide qui soutient la tête la tourne doucement en arrière, et la porte en extension forcée.



L'autre méthode consiste à introduire l'instrument en se guidant sur l'index gauche. Ce doigt est porté jusque sur l'épiglotte qu'il maintient sur la base de la langue. On introduit le tube en agissant sur le mécanisme intérieur de façon à le plier à la forme anatomique des régions qu'il traverse ; puis au contact de l'index qui appuie sur l'épiglotte on glisse le tube jusque dans la fente glottique et dans la trachée.

L'air qui passe par l'extrémité supérieure du tube avertit qu'on est en bonne position.

Quand le tube est en place, on enlève la tige qui agit sur la partie flexible. Le malade reste assis ou est couché sur un lit.

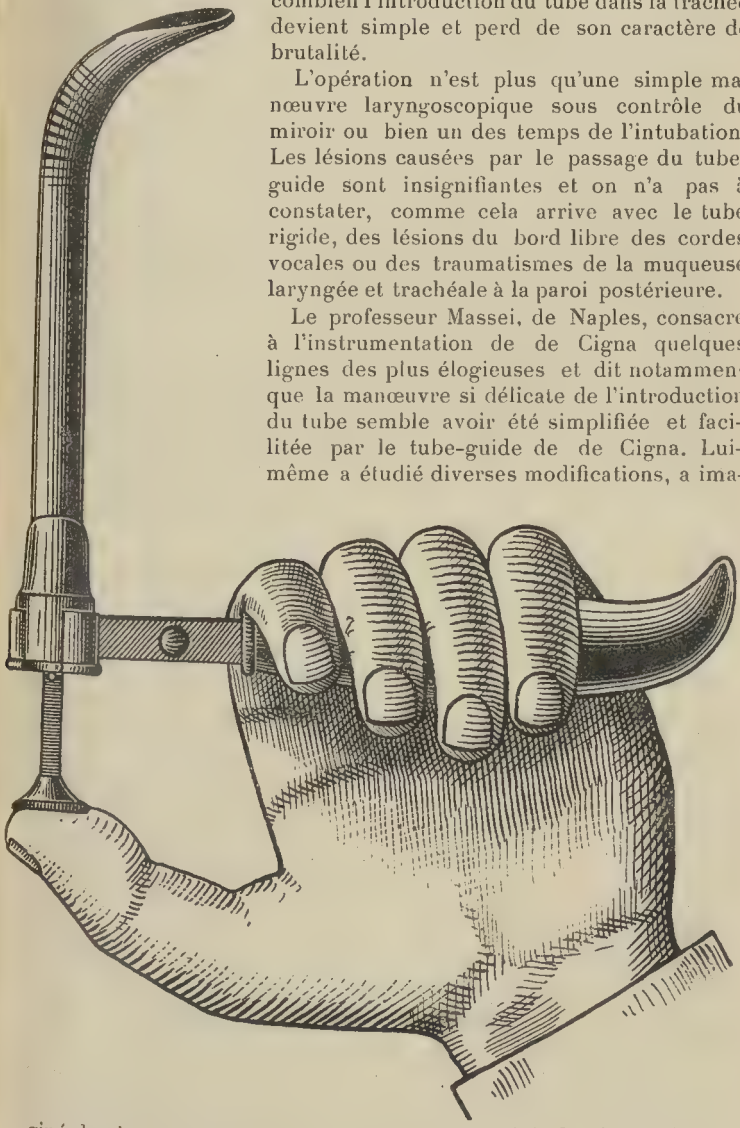
Le tube alors a à suivre une ligne droite et la partie flexible, par suite de la suppression de la tige qui la faisait plier, revient sur elle-même et le tube est comme un tube complètement rigide.

Si l'on veut simplement faire un examen de la trachée et de la partie supérieure des bronches, on peut faire l'inspection directe à travers le tube-guide; si l'on veut explorer les bronches dans les régions plus profondes, on introduit un autre tube dans le tube-guide, après cocaïnisation de la portion bronchique à explorer.

L'on voit par la description de cette instrumentation nouvelle combien l'introduction du tube dans la trachée devient simple et perd de son caractère de brutalité.

L'opération n'est plus qu'une simple manœuvre laryngoscopique sous contrôle du miroir ou bien un des temps de l'intubation. Les lésions causées par le passage du tube-guide sont insignifiantes et on n'a pas à constater, comme cela arrive avec le tube rigide, des lésions du bord libre des cordes vocales ou des traumatismes de la muqueuse laryngée et trachéale à la paroi postérieure.

Le professeur Massei, de Naples, consacre à l'instrumentation de de Cigna quelques lignes des plus élogieuses et dit notamment que la manœuvre si délicate de l'introduction du tube semble avoir été simplifiée et facilitée par le tube-guide de de Cigna. Lui-même a étudié diverses modifications, a imaginé des instruments, mais aucun ne vaut celui du jeune laryngologiste génois.



MASSIER (de Nice).

III. — REVUE DES THÈSES

1. — **Anatomie de l'espace maxillo-amygdalien, région sous-angulo-maxillaire**, par Pierre Descomps (Thèse de Paris, 1908).

L'auteur se propose de donner le nom de région sous-angulo-maxillaire, à l'espace qui s'étend entre l'angle du maxillaire inférieur et l'amygdale.

Isoler une région nouvelle dans la topographie de la face et du cou, est une entreprise qu'il faut avant tout justifier. Pierre Descomps tentera cette justification, d'abord par des considérations d'ordre anatomique, ensuite par des considérations pratiques d'ordre médico-chirurgical.

L'isolement de cette région présente des avantages certains, au point de vue surtout des précisions qu'on demande à l'anatomie topographique. Cette systématisation rapproche et groupe avec plus de rigueur des organes nombreux, que les classifications actuelles laissent trop dispersés dans plusieurs grandes régions voisines.

Aussi, pourra-t-elle rendre quelques services à l'anatomie médico-chirurgicale pratique de cette zone centrale de la face et du cou, par exemple pour les interventions sur l'amygdale, le pharynx et la base de la langue.

La formule brève de cette région est la suivante :

A. — *Limites de la région.*

a) Elle se projette superficiellement, suivant le quadrilatère dessiné par la portion angulaire du maxillaire inférieur, segment de jonction des branches descendante et horizontale du maxillaire ; cet angle la limite en dehors.

b) La projection profonde se fait suivant un quadrilatère qui répond au quadilatère superficiel. La majeure partie de la surface est occupée par la paroi latérale musculo aponévrotique du vestibule bucco-pharyngé, et placée d'autre part, entre les deux piliers du voile du palais, en une dépression où repose l'amygdale.

c) Deux plans horizontaux supérieur et inférieur, deux plans frontaux antérieur et postérieur, constituent les autres limites fictives qui séparent cette région des régions voisines. Celles-ci sont les suivantes : la région ptérygo-maxillaire en avant et en haut, la région sus-maxillaire en avant et en bas, la région parotidienne en arrière et en haut, la région carotidienne en arrière et en bas.

B. — *Contenu de la région.* Les organes contenus dans cet espace sont divisibles en trois plans, dont voici les éléments essentiels :

a) *Le plan superficiel* comprend :

1° La face profonde de l'angle du maxillaire ;

2° Le muscle ptérygoïdien interne, dans son tiers inférieur et à son insertion ;

3° L'artère faciale, spécialement ses deux premières flexures ;

4° Le nerf lingual et les vaisseaux satellites ;

5° Le nerf du mylo-hyoïdien et ses vaisseaux satellites ;

6° Les pôles extrêmes des deux glandes parotide et sous-maxillaire, avec leur cloison de séparation.

b) *Le plan moyen* comprend :

1° L'apophyse styloïde ;

2° Les ligaments stylo-hyoïdien et stylo-maxillaire ;

3° Les muscles du bouquet de Riolan, qui s'épanouissent à ce niveau en délimitant deux espaces inter-musculaires.

L'espace externe est situé entre le stylo-hyoïdien uni au digastrique postérieur en dehors et en arrière, le stylo-glosse en dedans et en avant.

L'espace interne est situé, entre le stylo-glosse en dehors et en avant, le stylo-pharyngien en dedans et en arrière ;

4° L'artère carotide externe, qui oblique de bas en haut et d'avant en arrière, s'engage dans l'espace stylien externe. Souvent en avant d'elle, la première flexure de l'artère faciale ;

5° Le nerf glosso pharyngien, qui oblique de haut en bas et d'arrière en avant, s'engage dans l'espace stylien interne. Souvent en avant de lui, le premier segment de l'artère palatine ascendante ;

6° Le rameau lingual du nerf facial.

c) *Le plan profond* comprend :

1° Les muscles et aponévroses de la paroi du pharynx et de la base de la langue.

Ils forment, spécialement à ce niveau, la coque fibro-musculaire de la paroi vestibulo-amygdalienne ;

2° L'artère palatine ascendante ;

3° Les veines lymphatiques satellites ;

4° L'artère tonsillaire simple ou double, plus ou moins sinueuse sur la coque amygdalienne ;

5° Les veines et lymphatiques satellites de ces artère tonsillaires ;

6° Le plexus nerveux pharyngien, et spécialement amygdalien, du glosso-pharyngien.

Les dénominations même d'« espace maxillo-amygdalien », ou de « région sous-angulo-maxillaire », ont été choisies, parmi beaucoup d'autres certainement moins bonnes, écrit l'auteur. De ces deux démonstrations, la seconde lui paraît la meilleure, en raison même du repère extérieur qu'elle rappelle avec la précision nécessaire.

Ce travail se borne à apporter les résultats de quelques recherches, il ne contient aucune discussion critique et ne comporte, par conséquent, aucune bibliographie générale.

Des planches dessinées d'après nature et exécutées avec le plus grand soin rendent faciles à la lecture les derniers chapitres de ce travail de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux de Paris.

A. Grossard (de Paris).

II. — **Leucoplasie laryngée**, par Gaston Poyet (Thèse de Paris, 1908).

Sclérose dermique, kératose, hyperkératose ou parakératose de

l'épithélium, présence d'éléidine, tels sont les caractères anatomiques essentiels de la leucoplasie.

La leucoplasie a été décrite dans le larynx sous des appellations différentes : l'auteur croit qu'il y a intérêt à grouper sous le même nom des lésions objectivement et histologiquement semblables.

L'épithète de leucoplasie n'est pas à l'abri de toute critique puisqu'elle ne préjuge que de l'un des caractères cliniques du processus; toutefois l'idée clinique que ce nom éveille est aujourd'hui bien précise; il évoque tout de suite la lésion qu'il sert à désigner avec ses caractères spéciaux, son évolution à part, son pronostic spécial. C'est pourquoi il semble rationnel à G. Poyet de grouper sous cette désignation les lésions décrites sous des noms différents.

Pour le larynx, la connaissance des dénominations sous lesquelles la leucoplasie a été décrite est indispensable à l'étude du processus; elles varient selon qu'on a affaire à la leucoplasie circonscrite ou à la forme diffuse, la première désignée aussi sous le nom de verruca dura, kératose circonscrite, cornu laryngeum; la seconde ayant pour synonymes : papillomes cornés, pachydermie verruqueuse.

Les causes dont relève la leucoplasie sont nombreuses; elles sont d'ordre général et d'ordre local.

Causes générales : lithiases, goutte, asthme, emphysème, diabète, surtout la syphilis acquise ou héréditaire.

Causes locales : inflammation chronique sous toutes ses formes, surtout celle provoquée par la fumée du tabac et l'alcool.

La leucoplasie peut se présenter dans le larynx sous deux formes : *localisée* ou *diffuse*.

La forme circonscrite comprend la plaque de leucoplasie; c'est une *plaque des fumeurs* à siège laryngé se manifestant par un léger degré d'enrouement, un peu de rougeur de l'une ou des deux cordes ordinairement bien mobiles.

Lorsque la plaque est constituée, elle se présente au laryngologiste avec tous les caractères bien nets que la leucoplasie affecte, quel qu'en soit le siège, d'abord blanchâtre bleutée, puis opalescente blanche « comme la craie », à consistance cornée extrêmement dure.

La partie diffuse est l'extension du processus à tout ou partie du larynx.

La partie cornée s'épaississant de plus en plus se hérisse de saillies, tantôt acérées « comme des griffes de chat », tantôt arrondies, globuleuses, verruqueuses.

Les seuls troubles fonctionnels portent principalement sur la *phonation* et la *respiration* : enrouement avec dysphonie, dyspnée, toux.

Le diagnostic positif est facile, mais selon qu'on se trouve en présence de lésions circonscrites ou de lésions diffuses, on peut confondre la leucoplasie laryngée avec un certain nombre d'affections différentes : papillomes, surtout le carcinome au début, les plaques muqueuses de la syphilis secondaire, les condylomes.

Dans la leucoplasie diffuse, on pourrait confondre cette affection avec le cancer, la tuberculose, la syphilis tertiaire.

L'auteur a réuni dans un tableau les différents caractères distinctifs des végétations leucoplasiques.

L'évolution anatomique du processus extrêmement lent comprend trois périodes.

Dans la première, l'épithélium muqueux prend le caractère épidermique : on constate dans sa couche moyenne l'apparition de granulations chargées d'éléidine, tandis que les couches superficielles se kératinisent.

Dans la deuxième, la couche cornée s'épaissit ; de plus, sa surface primitivement lisse devient rugueuse, comme chagrinée, puis végétante.

A cette phase de *kératinisation* succède bientôt la période de *dékératinisation*.

A la troisième période, le derme infecté s'enflamme, s'infiltre de cellules migratrices, cette infiltration aboutissant à la sclérose.

La leucoplasie donne lieu dans le larynx à deux ordres de complications ; *mécaniques* : obturation de la glotte ; *anatomiques* : transformation en épithélioma.

Dans la forme circonscrite, le traitement doit être l'ablation quand la tumeur est saisissable, ou médical, consistant en premier lieu à soustraire le larynx à toute cause d'irritation, principalement par la fumée et l'alcool.

Eviter toute fatigue vocale, badigeonnages irritants et employer des pulvérisations alcalines.

Dans la forme diffuse, lorsque les lésions sont transformées, la thyrotomie est l'opération de choix.

Dans le cas de transformation douteuse, le malade doit être tenu dans une observation constante. A. Grossard (de Paris).

III. — **Contribution à l'étude des abcès latéro-pharyngiens chez l'enfant (abcès de la région styloïdienne)**, par Adrien Moy (Thèse de Paris, 1907).

Tout d'abord un aperçu anatomique des régions où se développent ces abcès qui peuvent siéger à des hauteurs différentes le long de la paroi latérale du pharynx.

Description de la loge parotidienne ou espace *glandulaire* de M. Sébileau, partie *externe* et de l'espace *sous-glandulaire* de M. Sébileau, partie *interne*.

Ce dernier espace se subdivise en deux parties ou loges :

1° *Loge antérieure* préstylienne ;

2° *Loge postérieure* rétrostylienne.

A. Moy aborde l'étude des deux loges pré- et rétrostylienne et donne leurs rapports anatomiques.

Il résulte des données anatomiques de la loge préstylienne qu'un abcès développé dans cette région, bridé en dehors par le maxillaire

inférieur et ses muscles, en arrière par le diaphragme stylo-maxillo-pharyngien, ne peut s'ouvrir que du côté du pharynx, où la paroi se laisse beaucoup plus distendre et traverser.

L'abcès de la loge préstylienne se produit presque toujours à la suite d'une infection de la bouche, du pharynx, du nez ou de l'oreille moyenne et se rencontre surtout chez les enfants au-dessus d'un an, et jamais avant cet âge.

L'inflammation débute le plus souvent dans la fossette rétro-amygdalienne, mais se propage très rapidement au tissu cellulaire de la loge préstylienne, mais il peut arriver que le pus formé dans cette région préstylienne, fuse sous la muqueuse du voile du palais ou au niveau du pilier antérieur et vienne s'ouvrir à cet endroit.

Les agents bactériens qu'on rencontre dans ces abcès sont ceux de toute suppuration.

Cependant, c'est surtout au staphylococcus albus et au streptococcus pyogenes qu'on est en droit d'attribuer le rôle le plus actif.

Les principaux symptômes sont : la dysphagie, la raideur du cou, le timbre nasonné de la voix et du cri.

L'examen de la gorge révélera une augmentation de volume de l'amygdale qui est comme repoussée en dedans, pendant que le pilier antérieur est refoulé en avant.

Le toucher du pharynx donne une sensation de collection fluctuante, déprimée en une sorte de boutonnière, où le doigt peut s'engager.

La plupart du temps, ces abcès s'ouvrent d'eux-mêmes si on n'intervient pas et leur évolution reste bénigne.

On a cependant signalé comme complications rares, mais possibles, l'hémorragie artérielle succédant le plus ordinairement à l'ouverture spontanée de l'abcès, la propagation du pus dans l'espace rétro-stylien et de là dans l'espace rétro-pharyngien, son irruption brusque entraînant la suffocation immédiate dans les voies aériennes au moment de l'ouverture spontanée.

Le diagnostic peut se poser entre l'abcès préstylien et le phlegmon de l'amygdale.

Ce dernier est nettement endo-pharyngien, alors que l'abcès préstylien est nettement péri-pharyngien.

Le traitement médical au début : compresses froides ou chaudes au niveau de la tuméfaction externe, devra consister, dès que le pus est formé, en incision dans la boutonnière de Lemaistre, au niveau du tiers supérieur du pilier antérieur du voile du palais, à 1 centimètre au moins de profondeur, soit à l'aide d'un bistouri ou d'une pointe de galvano-cautère.

On peut se servir aussi du disciseur amygdalien, en allant, comme le fait Châtellier, rechercher la poche purulente en arrière du pilier antérieur.

La loge rétro-stylienne dont A. Moy donne la description anatomique, contient de gros troncs vasculaires : carotide interne, jugulaire interne, ce qui explique les complications possibles dont la plus grave est l'hémorragie artérielle.

Les abcès de la région rétro-stylienne se développent dans la partie toute postérieure de l'espace maxillo-pharyngien, dans la loge rétro-stylienne ou espace sous-glandulaire postérieur de M. Sébileau.

« Tandis que la cause habituelle des adéno-phlegmons rétro-pharyngiens réside dans une lésion siégeant sur les voies aériennes supérieures, les abcès latéro-pharyngiens dépendent d'une lésion siégeant sur les voies digestives supérieures. »

Les lésions amygdaliennes et péri-amygdaliennes, sont la cause habituelle de ces abcès qui peuvent également survenir à la suite de lésions de la base de la langue, du voile ou des piliers.

Les maladies générales à déterminations bucco-pharyngées : rougeole, scarlatine, etc. interviennent aussi comme facteurs étiologiques importants de cette affection.

Les groupes de ganglions contenus dans la région rétro-stylienne peuvent être envahis par l'infection à l'exclusion les uns des autres ; de là les différents aspects que peuvent présenter ces abcès.

Les abcès de la région rétro-stylienne présentent une évolution généralement aiguë, divisée cependant en deux périodes : angineuse prodromique, ou adéno-phlegmoneuse ou période d'état.

Ces abcès peuvent s'ouvrir spontanément du côté de la peau ou du côté du pharynx.

La collection peut fuser en bas dans la gaine des vaisseaux et déterminer de l'ulcération vasculaire.

Les symptômes physiques observés aideront à faire le diagnostic.

Le traitement consistera dans l'incision externe cervicale par le *procédé pré-mastoïdien* ou *procédé rétro-mastoïdien,* cette dernière méthode de beaucoup préférable à la première.

La voie pharyngienne doit être réservée à des cas tout à fait exceptionnels quand l'abcès s'est développé aux dépens du groupe ganglionnaire interne, les vaisseaux étant alors refoulés en dehors.

A. Grossard (de Paris).

IV. — **Traitement des sinusites frontales bilatérales par la trépanation médio-frontale et le drainage en Y avec résection de la lame perpendiculaire de l'ethmoïde,** par Marcel Martin (Thèse de Paris, 1908).

Les divers procédés qui ont eu en vue jusqu'ici le traitement des sinusites frontales doubles peuvent être classés, en se basant sur le point au niveau duquel la trépanation de l'os a été faite, de la manière suivante :

1° *Ouverture médiane* ;

2° *Ouverture bilatérale* ;

3° *Ouverture bilatérale avec orifices secondaires sur la paroi externe des fosses nasales* ;

4° *Ouverture fronto-orbitaire* ;

5° *Traitement par les lavages* ;

6° *Procédés ostéoplastiques* et en particulier de celui de *Chaput.*

L'auteur passe en revue ces divers procédés et en fait la critique.

« De tous ces procédés c'est celui qui consiste dans l'ouverture bilatérale des deux sinus avec modifications variables. Dans le tracé de l'incision qui a réuni le plus de suffrages : c'est en effet le procédé de Luc plus ou moins corrigé, qui donne le minimum de déformation et les résultats thérapeutiques les plus appréciables. »

Marcel Martin énumère ensuite les *procédés ostéoplastiques* destinés à refermer après le curetage l'orifice produit par la trépanation en remplaçant l'opercule osseux.

Leur nombre restreint indique le peu d'avantage qu'on peut retirer de semblables méthodes et le peu de succès qu'elles donnent dans le cas d'intervention un peu compliquées telles que les sinusites bilatérales.

Chaput a repris ce mode opératoire ; l'auteur en donne une étude approfondie. C'est un procédé ostéoplastique qui combine :

1° La résection osseuse, en U :

2° Avec le drainage unique en un nouveau temps, qui en fait la nouveauté. Suit la résection de la lame perpendiculaire de l'ethmoïde destinée à assurer une communication plus parfaite des deux sinus et un drainage plus facile.

Les deux idées dominantes de ce procédé consistent : 1° à déraciner le sinus malade plus largement que par les autres procédés ; 2° à éviter la dépression cutanée et la cicatrice disgracieuse.

En voici les principaux temps :

1° *Incision cutanée en* U ;

2° *Incision du lambeau ostéoplastique* ;

3° *Le lambeau ostéo-cutanée est relevé en gant* ;

4° *Effondrement à la gouge* ;

5° *Résection de toute la région inférieure de la cloison sinusale et de la lame perpendiculaire de l'ethmoïde* ;

6° *Introduction, dans les deux sinus, d'une mèche.*

Chaput a devancé les objections qu'on pouvait faire à son procédé, qui peut être applicable dans la généralité des cas aux sinusites frontales bilatérales, auxquelles il semble d'ailleurs destiné, mais inutile et même dangereux dans le cas de sinusite unilatérale.

Comme conclusion, l'auteur fait valoir à côté des inconvénients marqués de sa méthode les avantages qu'elle présente et qu'il estime considérables : cicatrice peu visible, pas de dépression cutanée, drainage énorme, nettoyage des deux sinus assurant l'avenir, enfin, sécurité aussi complète que possible.

Georges Laurens a trouvé une combinaison des procédés de Luc et de Chaput qu'il a adaptée au traitement chirurgical des sinusites frontales bilatérales.

Les deux principes directeurs sont les suivants :

1° *Obtenir un drainage maximum, et pour ce, réséquer les cornets avant ou pendant l'acte opératoire.*

2° *Respecter l'esthétique de la face, d'où nécessité de la trépanation médio-frontale juste au niveau de la glabelle.*

Deux cas peuvent se présenter au moment important de l'intervention :

1° *Le diagnostic de la sinusite frontale bilatérale est certain* ;

2° *Le diagnostic de sinusite frontale bilatérale est douteux.*

I. Sinusite frontale double certaine.

1° *Incision cutanée* en accent circonflexe en parcourant toute la longueur des deux sourcils ;

2° *Trépanation osseuse* médio-frontale immédiatement au-dessus de la suture fronto-nasale et bifurcation en Y vers les deux sinus.

3° *Défoncement de la paroi intersinusienne* ;

4° *Effondrement de la lame perpendiculaire de l'ethmoïde.*

II. Sinusite frontale bilatérale douteuse.

Modification du deuxième temps : au lieu de trépaner d'abord au niveau de la glabelle, on trépane isolément chaque sinus; si un sinus est reconnu sain et normal, on suture et on fait un pansement occlusif protecteur au collodion : on trépane alors le second, et on termine l'opération par un Luc et le pansement..

Quelques figures très claires rendent ce travail d'un enseignement très pratique. A. Grossard (de Paris).

V. — **Étude clinique sur le nystagmus rythmique provoqué**, par Maupetit (*Thèse de Bordeaux*, 1908).

La séméiologie de l'appareil de l'audition permet aujourd'hui au clinicien, grâce à un certain groupe de signes, de porter un diagnostic sûr ; mais jusqu'à présent la région toute spéciale de l'oreille destinée à l'équilibration est demeurée presque inaccessible au clinicien. Le vertige seul nous permettait en effet de diagnostiquer une affection localisée aux canaux semi-circulaires, mais le vertige est commun à plusieurs états pathologiques. Malgré les nombreuses recherches de Romberg, Mach, Bonnier, Stein, il était encore difficile d'assigner des caractères précis à celui qui devait se rapporter à une affection vestibulaire. De plus ce signe est essentiellement subjectif et souvent le sujet en observation trompe inconsciemment l'observateur, quand il ne le fait pas volontairement dans un but avantageux quelconque : accidents du travail, réforme militaire, etc.

Considérant les rapports anatomiques et physiologiques qui existent entre l'oreille et l'œil, mettant à profit les expériences qui démontraient cette liaison et celles qui, en particulier, provoquaient le nystagmus en irritant les canaux semi-circulaires, Barany, de Vienne, eut le grand mérite, en 1906, de créer toute une nouvelle méthode, ayant pour but de faire du nystagmus provoqué un nouveau moyen d'investigation pour l'examen des canaux semi-circulaires chez l'homme.

Avant de décrire la méthode et les résultats qu'il a recueillis, l'auteur étudie les différents moyens employés pour faire naître le nystagmus rythmique provoqué en dehors de toute affection pathologique et les formes sous lesquelles il se présente.

Pour provoquer le nystagmus rythmique on a recours soit à la méthode rotatoire, soit à la méthode calorique par l'eau froide ou

l'eau chaude ; il varie aux différents âges et aussi chez les sujets qui, de par leur profession, ont acquis un pouvoir d'équilibration supérieur à la normale. Après avoir étudié le nystagmus dans les affections de l'appareil vestibulaire dans la syphilis de l'oreille interne, dans les suppurations de l'oreille et chez les sourds-muets, l'auteur pense qu'il ne faut pas donner une valeur trop précise et trop grande à ce nouveau moyen d'investigation. Pour le moment il n'est pas toujours possible d'affirmer, grâce à ce signe, l'état dans lequel se trouve un appareil vestibulaire. Il apporte en effet avec lui des causes d'erreur qu'il sera difficile de faire disparaître ; ce sont les variations qu'il présente et qui ne peuvent pas être prévues avec précision. Dans ces conditions le clinicien ne peut tirer par cet examen des conclusions certaines.

Le nystagmus rythmique provoqué étant très variable dans certaines professions, chez certains sujets, en particulier chez les nerveux et les alcooliques, l'expérimentateur ne pourra porter qu'un diagnostic de possibilité. Enfin le nystagmus peut encore varier chez les individus et quelquefois même chez le même, dans des examens successifs faits à quelques jours d'intervalle. Cette cause sera surtout importante lorsqu'on aura affaire à une affection bilatérale possible où on ne pourra pas alors comparer le côté malade au côté sain.

Le nystagmus rythmique provoqué est donc un nouveau moyen d'investigation qui suffira rarement à faire porter un diagnostic, mais qui le plus souvent apportera un renseignement précieux au clinicien dans l'examen de ses malades.

R. Beausoleil (de Bordeaux).

VI. — **Traitement de la diphtérie primitive de l'amygdale pharyngée**, par François Camille Giresse (Thèse de Bordeaux, 1907).

La diphtérie de l'amygdale pharyngée ou adénoïdite diphtérique est une des localisations primitives les plus fréquentes de la diphtérie, passant souvent inaperçue et réalisant dans bien des cas le point de départ de manifestations angineuses ou croupales, considérées à tort comme primitives.

Les symptômes sont du reste fort obscurs et peu caractéristiques, d'autant plus qu'elle se développe d'ordinaire chez les adénoïdiens.

Le diagnostic ne pourra se faire que par coexistence de signes d'adénoïdite et d'intoxication générale profonde qui fourniront les indications d'un examen bactériologique.

Le pronostic de cette adénoïdite diphtérique est donc grave, car les difficultés du diagnostic font qu'il est rarement précoce et qu'il n'est posé que lorsque l'intoxication générale est déjà très marquée.

Le traitement préventif consistera à enlever les végétations adénoïdes, après examen bactériologique, de façon à éviter toute inoculation. Enfin le traitement curatif sera la sérothérapie précoce, intensive et prolongée. Molard (de Paris).

IV. — NOTES DE LECTURES

Au sujet du traitement des corps étrangers avec sténose bronchique, par G. Killian et W. Brünings (*Zeitschr. f. Ohrenh. u. f. d. Krankh. d. Luftw.*, LV, Bd. 4 hft., avril 1908, pp. 334-370).

Les auteurs publient le cas d'un tapissier âgé de 35 ans, issu d'une famille saine, qui souffre depuis 1904 de pleurésie à répétition, toux croissante avec expectoration et dyspnée. Il fut soigné pendant plusieurs années dans divers sanatoriums et maisons de santé, sans résultats. Le 6 novembre 1906, à Zürich, on fit la première radiographie et on trouva dans la région de la bronche droite un clou de tapissier avec une tête très large et plate. Ce clou avait été aspiré pendant une attaque d'épilepsie dont il souffrait une fois par mois environ. Cela se produisit probablement il y a 5 ans 1/2, car depuis ce temps datent les premiers légers symptômes du côté du poumon. Plusieurs spécialistes bronchoscopièrent le malade, très difficilement par la bronchoscopie supérieure à cause de la très grande sensibilité, puis par la bronchoscopie inférieure (par plaie trachéale). Enfin le Dr Wild de Zürich put voir le clou à travers le bronchoscope, mais par suite de maladie ne put continuer à s'occuper du cas qu'il envoya à la clinique de Fribourg.

Le malade y fut examiné le 26 juillet 1907 : homme fort, en état de nutrition passable. Figure pâle avec une légère teinte de cyanose. Doigts en bâton de tambour. Pas de sucre ni d'albumine. L'ampliation de la moitié droite du thorax est nettement diminuée. A la percussion, on trouve le bord inférieur du poumon droit trois travers de doigt plus haut qu'à gauche. Matité étendue sur le lobe inférieur droit avec augmentation des vibrations thoraciques. A l'auscultation, on trouve une diminution du bruit respiratoire à droite, en bas et en arrière, mais pas de râles nulle part. Cœur normal un peu déplacé à droite. Les rayons X confirment la situation élevée du poumon droit, dont le bord inférieur montre cependant encore un bon déplacement respiratoire. Il n'existe pas de différence marquée de la transparence des deux côtés du poumon. Une condensation correspondant au clou ne peut pas être vue avec certitude sur l'écran. Le radiogramme montre cependant le clou avec une grande netteté, un gros clou de tapissier à tête plate, la pointe tournée en haut. L'état du malade est piteux. Il expectore sans cesse un pus fétide, environ 100 à 300 cmc. par jour. La toux augmente d'une façon intolérable aussitôt que le malade se couche, de sorte qu'il doit passer les nuits dans une position demi-couchée. Pas de fièvre. L'homme, ferme et réfléchi, est en proie à une forte dépression.

Le professeur Killian dut faire 10 bronchoscopies avant de parvenir à extraire le corps étranger, tant étaient grandes les difficultés qui se présentaient. Aussi divers instruments durent être inventés.

La première bronchoscopie fut faite le 27 juillet sous l'influence de la scopolamine-morphine pour obtenir le calme nécessaire à un travail si fin. Deux injections furent faites 2 et 1 heure respectivement avant

la bronchoscopie. Chaque injection contenait : scopolamine 0,0021 ; morphine 0,012. Après la première injection, la conscience étant complète, il n'y eut aucune diminution notable des réflexes. Une heure après la deuxième injection, il se produisit une calme somnolence dans laquelle le malade réagissait quand on lui parlait avec énergie, mais ne répondait plus à la douleur produite par pincement ou piqûre. Au point de vue bronchoscopique, ces injections n'eurent aucun effet atténuant sur la toux qui est restée excessivement violente. Après une demi-heure de travail pénible, l'auteur put localiser une sténose bronchique qui avait l'apparence d'une fermeture complète par granulations. Puis après des nettoyages répétés, on put voir au point central de l'entonnoir formé par la sténose un petit point noir qui était la pointe du clou. Ce point fut atteint avec le tube de 9 mm. de diamètre et est à 21 cm. en ligne droite à partir de la plaie trachéale et se trouve probablement dans la bronche du lobe inférieur droit. L'auteur parvint à saisir la pointe du clou avec une forte pincette du vieux modèle. A chaque effort de traction commença une toux convulsive tirant l'instrument dans tous les sens. Le clou est maintenu si ferme que, sans le moindre doute, il est enfoncé dans une sténose cicatricielle dure et non pas dans un tissu mou de granulations.

Le 3 août, 2e bronchoscopie. Une demi-heure avant la bronchoscopie faite cette fois dans la position assise, on administra au malade 60 gouttes d'une solution de codéine à 1 % et les voies respiratoires jusqu'à la sténose furent anesthésiées par la cocaïne au moyen de badigeons et de seringues. Ainsi le travail put se faire avec plus de calme que sous l'influence de la scopolamine-morphine, quoique le malade ait expectoré pendant cette seconde bronchoscopie, comme d'ailleurs pendant la première et les suivantes, de 200 à 300 cmc. de pus fétide. L'avantage consistait en ce que le malade, à des moments particulièrement importants, put, pendant au moins de courts instants, supprimer la toux par un effort de volonté.

Cette fois avec un tube court et large, on arrive de suite à voir la sténose qui est située à environ 3 cm. de la bifurcation, dans la direction de la seconde bronche droite, juste au-dessous de l'ouverture de la bronche du lobe supérieur droit, qui est largement béant et facile à voir.

Le plan du présent essai d'extraction était de passer de fines bougies coniques dans la sténose sur le côté de la tige du clou, celui-ci étant tenu ferme, de façon à dilater la sténose autant que possible. Il fut cependant impossible de passer des bougies à calibre suffisamment fort entre le bord de la tête du clou et la paroi de la sténose. Le travail dut être interrompu jusqu'à ce qu'on eut trouvé et construit des instruments spéciaux appropriés.

Le 7 août, 3e bronchoscopie. Le plan de cette séance est encore la dilatation progressive de la sténose au moyen de bougies. La dernière séance a montré que ceci était impossible avec les bougies habituelles, qu'elles soient dures ou molles. Les raisons, à part celles déjà données, sont d'après l'auteur :

1° Il est impossible de déterminer avec le toucher si l'obstacle contre lequel la bougie butte est formé par la sténose ou par le corps étranger. Dans ce dernier cas, si l'on pousse avec la force nécessaire pour dilater une sténose cicatricielle, on court le risque de pousser avec force le corps étranger dans la profondeur ou d'ouvrir une fausse route à la pointe de la bougie et au corps étranger. Ce mode de dilatation *excentrique* est donc dangereux, et particulièrement lorsque les secousses de la toux convulsive rendent impossible une fine palpation et une pression constante et douce. Ceci est vrai pour tous les corps étrangers enclavés dans une sténose ;

2° Dans le cas actuel, le bougirage excentrique parut encore plus dangereux parce que la bougie pressait de côté la tige et la tête du clou. Ainsi pouvait se produire une blessure de la paroi bronchique soit au moyen de la pointe du clou, soit au moyen du bord aigu de sa large tête.

Une dilatation pour être sans danger et efficace ne peut donc être que *concentrique*, c'est-à-dire au moyen d'une bougie creuse dont on puisse ganter la tige du clou. Cependant cette méthode a aussi le désavantage de ne pas permettre de distinguer si l'obstacle que l'on sent provient de la sténose ou de la tête du clou et le danger existe de pousser le clou dans la profondeur. La bougie concentrique doit donc être associée à la pince qui tient la tige, de telle façon que pour chaque pression de la bougie, on puisse exercer une traction égale sur le clou.

L'instrument qu'on fit pour cet usage se compose d'une fine pince dont les deux branches demi-tubulaires et âpres à l'intérieur se ferment intimement sur la pointe du clou. Cette pince glisse à l'intérieur d'une espèce de guide-anse muni du manche de Brünings auquel fut adaptée pour la première fois une vis d'arrêt permettant de régler l'ouverture et la fermeture des branches de la pince, de sorte que celle-ci maintient seule le corps étranger saisi. La bougie concentrique qui glisse sur le guide-anse et les branches de la pince consiste en une olive et une tige d'acier.

L'olive est sciée longitudinalement en quatre segments faisant ressort et qui ont tendance à glisser intimement sur la pince et la tige du clou. De cette façon on peut donc avec une main tirer sur le manche de la pince et pousser l'olive d'une force égale, avec l'autre. On agit donc contre la sténose avec une force égale dans les deux sens, de sorte qu'il ne peut en résulter qu'une pure dilatation, qui exclut toute fausse route. Le calibre des olives peut être augmenté progressivement.

Quoique l'instrument ait fonctionné exactement comme s'y attendaient les auteurs, l'extraction du clou ne put être accomplie. Ils apprirent ainsi qu'une sténose bronchique cicatricielle ne peut pas être suffisamment dilatée au moyen d'un dilatateur olivaire. Le tissu est à ce point élastique, qu'après le passage de l'olive, il reprend immédiatement sa forme antérieure, de sorte qu'une dilatation large

de quelque durée ne peut être obtenue que par une bougie cylindrique agissant simultanément sur toute l'étendue de la sténose et y restant à demeure longtemps. Dans le cas actuel vint s'ajouter comme empêchement mécanique la circonstance que le bout conique de la bougie doit nécessairement avoir une circonférence inférieure à celle de la tête du clou. Par conséquent, une partie de la sténose échappe toujours à la dilatation et, remplissant l'espace existant entre la tête du clou et la bougie, empêche l'extraction.

Le 17 août, 4e bronchoscopie. Cette bronchoscopie est entreprise avec la conviction qu'il est impossible au moyen du bougirage de dilater une sténose bronchique cicatricielle quand immédiatement au-dessous de celle-ci se trouve un corps étranger solidement fixé. Après avoir pesé le pour et le contre de diverses possibilités (action locale problématique d'injections de thiosinamine, élimination d'une portion de la paroi bronchique au moyen d'une tréphine introduite concentriquement autour de la tige du clou, discision de la sténose au moyen d'une lame protégée, électrolyse, la tête du clou étant transformée en anode) les auteurs se décidèrent à essayer de pousser le clou par en bas pour pouvoir ensuite dilater systématiquement la sténose et plus tard extraire le clou selon les règles de l'art. Cet essai réussit: le clou céda à une pression moyenne et disparut dans la profondeur. On parvint immédiatement à dilater la sténose jusqu'à 7 mm., mais on ne put la traverser avec un tube à section transversale permettant de voir le clou.

Le 19 août, 5e bronchoscopie. Dilatation progressive. On n'arrive pas encore à introduire un tube de 7,5 mm., calibre extérieur.

Le 22 août, 6e bronchoscopie. La sténose se montre aujourd'hui de nouveau fermée mais se laisse rapidement dilater jusqu'à 7 mm. On fit faire un tube à rallonge pour la spatule de 9 mm. de Brünings, tube dont la lumière allait en se rétrécissant lentement jusqu'au bout avec un diamètre extérieur de 6 mm. 5. Avec ce tube on put passer la sténose sans difficulté et arriver aux ramifications des bronches, mais on dut chercher très longtemps avant qu'on pût trouver la place du clou. Celui-ci était caché par de petites granulations récentes. Finalement, après de très grandes difficultés, on pût saisir sa tige, mais quand on essaya de tirer dessus, la résistance était si grande que l'on dut bientôt lâcher prise. La pointe s'était évidemment enfoncée dans le tissu, ce qui était difficile à déterminer à une si grande profondeur et avec un champ visuel de 5 mm. 5 de diamètre. On dut cesser la séance après 2 heures d'efforts.

Le 5 septembre, 7e bronchoscopie. On arriva aujourd'hui par un bougirage systématique à dilater la sténose de telle sorte qu'on put passer un tube de 9 mm. à bout taillé en biseau. Le clou put être saisi, mais ne céda pas à une traction assez forte. La pointe parut libre par moment, mais ne put d aucune façon être amenée dans la lumière du tube. On vit alors qu'un autre instrument qu'une pince était nécessaire, car celle-ci ne permet pas de redresser longitudinalement un objet saisi en biais.

Le 12 septembre, 8e bronchoscopie. Un instrument approprié à l'extraction d'un clou doit posséder non seulement le pouvoir de redresser, mais doit aussi être construit de telle sorte que le champ visuel reste libre pour pouvoir observer ce que l'on saisit. Dans le cas actuel, il doit posséder à part cela une très grande force d'extraction. Les auteurs montrent la gravure d'un instrument à anse métallique qui possède ces qualités d'une manière très simple. Il consiste en un guide-anse pourvu du manche des pinces de Brünings et dont le bout distal a un sillon sur le côté. L'anse sort des bords latéraux de ce dispositif perpendiculairement au sillon et est fixée par une vis au chariot de l'instrument dont la traction cause le resserrement de l'anse, resserrement qui est maintenu par un écrou près du chariot. Avec un tel instrument des tiges saisies obliquement sont redressées longitudinalement et maintenues dans le sillon.

Le but de la présente bronchoscopie fut donc de dilater aussi vite que possible la sténose, de rechercher le clou, de le saisir avec l'anse et de le ramener jusqu'à la sténose dans la position qu'il occupait auparavant ; puis de le retirer de là si possible à l'aide d'un tube plus large. Tout réussit à souhait à l'exception de cette dernière manœuvre. On put passer la sténose avec un tube de 8 mm. dont le bout était à section droite ; la tige du clou fut de nouveau saisie avec l'anse et fermement attirée contre le bout du tube. On essaya alors à plusieurs reprises de le retirer avec une force dont aucune pince ne serait capable. On atteignit incontestablement la limite de la résistance d'une bronche principale, la sténose était dilatée jusqu'à presque la largeur totale de la bronche, on put appuyer contre la tête du clou un tube atteignant jusqu'à son bord tranchant, et malgré tout cela il fut impossible de l'extraire. La raison de cet insuccès ne put être trouvée.

Le 25 septembre, 9e bronchoscopie. Les auteurs durent chercher à faire construire un instrument d'un calibre permettant de passer la sténose et d'une section transversale nette, c'est-à-dire n'allant pas en s'amincissant comme une olive mais le bout ayant au contraire son diamètre maximum afin de maintenir la muqueuse partout éloignée du bord de la tête du clou. Il était également nécessaire d'avoir ce dilatateur construit de telle façon qu'il pût être traversé centralement par l'instrument servant à saisir le clou. Cet instrument qu'ils firent construire consiste en un tube bronchoscopique dont le bout inférieur est coniquement épaissi à l'intérieur et qui, par des coups de scie longitudinaux, est divisé en plusieurs segments ou languettes cunéiformes faisant ressort. Dans ce tube glisse un autre tube dont le bout inférieur, en s'avançant, fait écarter plus ou moins les languettes cunéiformes. La pénétration graduelle du tube intérieur s'obtient en tournant la tête de vis à l'autre bout du tube bronchoscopique. Sur la tige de la vis est une échelle en millimètres indiquant le degré d'écartement des languettes cunéiformes. Le bronchoscope employé dans ce cas avait une longueur de 25 cm., son diamètre externe était de 8 mm. et l'écartement maximum qu'on

put obtenir s'élevait à 13 mm. Il fallait l'introduire fermé, c'est-à-dire sans écartement des languettes, jusqu'au clou, saisir la tige de celui-ci et l'attirer dans la lumière du tube jusqu'à ce que le bout inférieur de ce dernier fût en contact intime avec la tête du clou. Alors il fallait dilater le bout du tube graduellement jusqu'à couvrir complètement la tête du clou. La dilatation de la sténose avec des bougies concentriques devait naturellement précéder immédiatement l'introduction de l'instrument à extraction, afin que celui-ci eût moins la fonction d'un dilatateur que d'un protecteur. Il était donc nécessaire de saisir préalablement le clou, car s'il fallait après la dilatation, aller à la recherche du clou pour le saisir avant d'introduire le tube, le temps perdu permettrait à la sténose de se fermer de nouveau. Il y avait un second avantage à saisir le clou préalablement, c'est que l'instrument dont on se servirait à cet effet pourrait agir comme guide aux bougies dont le diamètre s'approchait tellement de celui de la bronche qu'il eût été impossible de les faire passer à travers le bronchoscope introduit. Mais pour cela il fallait trouver un instrument à saisir sans manche, indispensable pour tous les cas de corps étranger avec sténose nécessitant un bougirage concentrique. Celui des auteurs consiste en un tube pour le passage de l'anse ou du fil conducteur des divers instruments appropriés (pinces, etc.). Le bout supérieur de l'anse ou du fil conducteur est vissé dans une petite boule qui repose sur une gaine métallique longue de quelques centimètres qui entoure et glisse sur le bout supérieur du tube. Pour fermer la pince ou serrer l'anse on pousse la gaine en haut, soit à la main, soit à l'aide d'une pince construite à cet effet, qui laisse le champ visuel libre ainsi qu'une main. Une fois le corps étranger saisi, une vis d'arrêt permet à la pince ou à l'anse de rester serrée seule. Une seconde vis d'arrêt au-dessous de la première permet de fixer l'instrument d'extraction contre le tube bronchoscopique, et le corps étranger contre le bout inférieur de celui-ci pendant l'extraction. Cet instrument d'extraction avec ses vis d'arrêt ne dépasse nulle part l'épaisseur de 4 mm. Les bougies concentriques dont se servirent les auteurs étaient en métal et leur bout olivaire était pourvu d'un trou de 4 à 5 mm. de diamètre, permettant de les passer par-dessus l'instrument d'extraction. Sur les bougies est une échelle en centimètres et sur leur bout supérieur, l'indication en millimètres de leur diamètre.

Pourvus de ces nombreux instruments et pleins d'espoir, les auteurs commencent la neuvième bronchoscopie. Après deux heures de travail, pendant lesquelles les instruments se comportèrent comme on le souhaitait, les auteurs, à la limite de la dilatation (12 mm.) et de la force de traction compatibles avec la sécurité durent de nouveau abandonner la partie. Le corps étranger ne voulait pas céder et on dut le laisser en place à 17 cm. au-dessous de la plaie de trachéotomie et à 4 cm. au-dessous de la bifurcation de la bronche. L'insuccès fut inexplicable ; il ne restait que deux possibilités, ou bien la tête du clou avait un diamètre supérieur à 12 mm., ou bien, con-

trairement à tout ce qu'on pût prévoir, il restait encore des parties molles entre la tête du clou et le dilatateur.

Le 5 octobre, 10e bronchoscopie. Le même programme fut suivi pendant cette bronchoscopie que pendant la précédente, avec la seule différence qu'on se servit d'un tube bronchoscopique dilatateur plus long pour essayer la fixation du clou et la dilatation à une plus grande profondeur où existait apparemment une ectasie de la bronche. Là tout étranglement de tissu entre la tête du clou et le bout du dilatateur devrait être à peu près impossible.

Les auteurs recommencèrent le travail avec moins de confiance cette fois après s'être préparés à la dernière possibilité de la thérapie bronchoscopique : le morcellement du clou. Des expériences avaient montré qu'il était possible avec une tréphine tournant autour de la tige du clou comme axe, de détacher celle-ci de la tête en cuivre en un temps relativement court. Alors il ne resterait dans la bronche qu'un anneau de cuivre qui, placé de champ, serait facile à extraire. Cependant cette fois, après beaucoup de difficultés, le clou put être saisi et extrait. La tête était tout à fait plate et avait un diamètre de 12 mm. 5. Ses bords étaient aigus comme la lame d'un couteau. Cette bronchoscopie dura également environ deux heures.

Toutes ces interventions avaient peu fatigué le malade qui est resté toujours sans fièvre. Il pouvait enfin se pencher en avant ou s'étendre sans être immédiatement secoué par une crise de toux.

L'extraction du clou une fois accomplie, il restait un malade avec bronchite putride et bronchectasie probablement de deux lobes pulmonaires. La sténose n'allait pas disparaître spontanément et sa persistance entraînerait la mort par suppuration pulmonaire. D'un autre côté, on pouvait espérer par la guérison de la sténose et la cessation de la suppuration, une grande amélioration, amélioration dans le sens de la disparition de la toux et de l'expectoration purulente, car la fonction respiratoire dans le territoire pulmonaire droit au-dessous du clou était sans doute depuis longtemps perdue sans retour.

Le plan à suivre était donc maintenant de dilater la sténose et de retirer régulièrement le pus au moyen de la pompe aspiratrice, l'expectoration devant être insuffisante dans le territoire malade par suite de l'induration du tissu conjonctif des alvéoles entraînant la perte des échanges respiratoires et par conséquent de la *vis a tergo* nécessaire à l'expectoration.

On pourrait aussi associer à ces manœuvres un traitement local des bronches malades au moyen de pulvérisations antiseptiques ou de lavages avec sondes à deux voies. Si ce plan ne devait pas aboutir, on pourrait alors recourir à l'essai d'une thoracoplastie chirurgicale. D'après le résultat déjà obtenu, les auteurs pensèrent réussir par la voie endoscopique. Ils arrivèrent à la conclusion que seule une dilatation continue et longtemps ininterrompue pouvait donner un élargissement durable plus ou moins complet de la sténose, c'est-à-dire qu'*il est indispensable de recourir à l'intubation de celle-ci*. Les auteurs durent faire construire des tubes et des intubateurs spéciaux avec le dispositif des pinces de Brünings à vis à arrêt.

Pendant la première intubation le malade évacua une grande quantité de pus fétide et visqueux. Le tube ne lui causa aucune espèce d'inconvénients, mais au contraire, il remarqua déjà après deux jours une très grande diminution de la toux et de l'expectoration. Le cinquième jour il déclara ne plus expectorer, « comme un homme sain », et à partir de ce jour ne se servit plus du crachoir de poche dont toujours avant il faisait un usage constant. Le sixième jour, une bronchoscopie de contrôle fut pratiquée et on trouva le tube en bonne position sans la moindre réaction inflammatoire dans son voisinage. Comme toujours il y eut une forte toux, mais cette bronchoscopie contrasta nettement avec toutes les précédentes par la complète absence d'expectoration et de fétidité. On put arriver à des tubes de 8 mm. 5 de diamètre (ceux de 9,5 produisaient après peu de jours des phénomènes de stase, gonflement œdémateux de la muqueuse avoisinante).

Les tubes restaient habituellement 8 jours en place environ, puis étaient retirés pendant 1 à 2 jours. Au début la sténose se contractait de nouveau pendant ce court espace de temps à un tel point qu'il survenait une rétention marquée de sécrétions avec toux et expectoration. Plus tard la tendance à la contraction devenait de semaine en semaine plus faible, de sorte que finalement, on put réintroduire le tube, après deux jours de pause, sans dilatation préalable.

L'intubation devra cependant être continuée encore longtemps pour obtenir un résultat définitif, et les auteurs espèrent que pendant ce traitement le malade acquerra un certain degré de capacité au travail. Pour augmenter celle-ci ils ont déjà essayé la bronchoscopie supérieure, afin de pouvoir, à l'occasion, permettre à la plaie trachéale de se fermer.

A l'occasion de ce cas et d'autres observations personnelles, les auteurs font les remarques suivantes :

Des corps étrangers « aspirés » échappent très facilement au diagnostic et inaperçus, deviennent « chroniques ». Habituellement des transformations objectives pulmonaires font totalement défaut quand une bronche n'est pas complètemeut obstruée. Il ne se produit même pas de toux tant que le corps étranger récemment aspiré est immobile dans la bronche. Les premiers symptômes d'un « corps étranger chronique » sont si peu nets, que le soupçon de corps étranger ne peut être éveillé que par les données anamnestiques. Aussitôt cependant qu'une bronchite purulente circonscrite est apparue sans qu'on puisse trouver dans l'expectoration ni bacilles de Koch, ni fibres élastiques, il serait indiqué de confirmer le soupçon de corps étranger par tous les moyens modernes à notre disposition avant que des transformations pulmonaires irréparables se soient produites. Dans tous ces cas la bronchoscopie *diagnostique* (ou exploratrice, pourrait-on aussi bien dire) entre de plein droit, car la radiographie échoue dans un très grand nombre de cas. C.-J. Kœnig (de Paris).

V. — ANALYSES

I. — OREILLES

Observations sur la « spina supra meatum », par A. Penza (*Arch. d'otologia de Gradenigo*, vol. XIX, 1908, p. 135 et suiv.).

Plus fréquente chez l'homme que chez la femme, morphologiquement l'épine d'un côté est rarement différente de celle de l'autre côté. La position en est presque constante. Elle est de forme conique ou cunéiforme ; de sommet obtus et de base large semblable à la racine inférieure de l'apophyse zygomatique ; de saillie allongée ou tranchante ; pyramidale, lamelliforme ou irrégulière.

Au sujet de leur structure, Penza s'occupe surtout de celles qui sont constituées par la superposition de nombreuses écailles osseuses. Puis viennent celles qui se forment au niveau de la surface osseuse de la partie postérieure du conduit auditif, simulant une suture squameuse. Il combat l'opinion de certains auteurs qui considèrent l'épine comme une dépendance de la partie tympanique du temporal. L'apparition de l'épine se fait de règle, pas avant la fin de la première année dans la portion postéro-inférieure de la partie squameuse, mais loin de l'anneau tympanique. Peu après une encoche apparaît dont la lèvre inférieure constituera l'épine, dont le développement complet sera terminé vers 11 à 12 ans. Elle prendra alors sa position définitive en suivant l'inclinaison de plus en plus croissante de cette portion squameuse, qui formera la paroi supérieure du conduit auditif. Massier (de Nice).

Sur l'ablation du cérumen et des corps étrangers du conduit, par Mueller, de Heilbronn (*Deutsche mediz. Wochenschrift*, n° 36, 1908).

Description d'un appareil formé d'un petit tuyau.

Schoenemann (de Berne).

Hémorragie spontanée, mortelle de l'oreille, par H. Halász (*Arch. f. Ohrenh.*, vol. 76, p. 78, 1908).

Les hémorragies mortelles par l'oreille, proviennent d'après les cas relatés jusqu'ici, d'érosions de vaisseaux sanguins (carotide, sinus) par le pus, dans des otites suppurées chroniques. Le nombre des cas publiés jusqu'ici est de 21. Parmi ceux-ci il s'en trouve un seul, communiqué par Schimanski, où l'hémorragie apparut spontanément, sans cause connue, d'abord à droite et plus tard à gauche chez un enfant cachectique, sans maladie d'oreille antérieure. Le cas de l'auteur ressemble à celui-là.

Enfant de 2 semaines, né à 7 mois. Hémorragie soudaine par

l'oreille droite, formation d'une tumeur sur le côté droit du cou qui se rompt spontanément et laisse également couler du sang ; développement d'un ictère. La tumeur développée à 1 cm. derrière le pavillon, s'étend le long du sterno-mastoïdien, ne présente pas de pulsations appréciables. D'une ouverture à son tiers supérieur, de la grosseur d'une tête d'épingle, s'écoule lentement du sang noir. Pas de fièvre, pouls 120. On ne peut apercevoir le tympan en raison de l'étroitesse du conduit, et de l'hémorragie qui l'inonde constamment. Mort le troisième jour par anémie complète. Pas d'autopsie possible.

Comme il s'agissait manifestement d'une hémorragie veineuse, l'auteur suppose que la source en était dans la veine jugulaire ou le sinus. Quant à la cause de cette hémorragie, il la laisse indéterminée, mais il pense qu'on doit en accuser la syphilis.

E. Hédon (de Montpellier).

L'os occipital en otologie et rhinologie, par Ernest de Wolfe Wales (*Arch. of Otology*, vol. XXXVII, n° 1, p. 1).

La position de l'occipital en rapport d'une part avec le sinus sphénoïdal et la voûte du pharynx, et avec la portion pétreuse du temporal de l'autre, le rendent quelque peu tributaire de l'otologie et de la rhinologie.

Au sujet d'un cas qu'il a observé, l'auteur établit nettement les relations de ces diverses régions entre elles. Un enfant de 7 ans à qui l'on enleva des adénoïdes, se plaignit immédiatement après le réveil anesthésique de douleurs vives dans l'occipital. 3 jours après, sensibilité de l'apophyse mastoïde droite. Opération : on trouve du pus dans les cellules péri sinusales et à la pointe. Gonflement de la région sous-orbitaire droite. Température septique. Sensibilité à la partie postérieure du cou après l'opération. La température est toujours élevée et au dixième jour il y a de l'exophtalmie de l'œil droit, du chemosis et de la névrite optique. Diagnostic : thrombose du sinus caverneux. Coma et attaques épileptiformes fréquentes. Même phénomènes oculaires à gauche. Mort le 14e jour. A l'autopsie on découvrit de la thrombose des deux sinus caverneux. Le sinus droit est plein de pus. Pus dans la mastoïde. Pas de caillot dans le sinus sigmoïde ou dans le bulbe de la jugulaire. Infection streptococcique.

Le sinus sphénoïdal contenait du pus.

L'apophyse basilaire de l'occipital peut être lésée dans l'ablation de l'amygdale pharyngée. Il faut éviter tout excès de force : toute lésion de l'apophyse basilaire peut, par extension, causer une infection du sinus sphénoïdal et finalement une thrombose du sinus caverneux. La suppuration de l'os temporal peut s'étendre à l'os occipital. La thrombose du sinus sigmoïde d'origine auriculaire peut s'étendre au plexus vertébral et aux veines profondes dans la partie postérieure du cou (Macewen). Dans les cas de céphalalgie occipitale ou de gonflement et de sensibilité de la partie postérieure du cou, on doit examiner à l'autopsie l'occipital pour voir s'il n'y a pas d'ostéomyélite.

Massier (de Nice).

Sur l'ankylose de l'étrier sans production d'os spongieux, par Alwin Markmann (*Zeitsch. f. Ohrenh. u. f. d. Krankh. d. Luftw.*, LVI, Band., 2 hft.).

L'auteur rapporte le cas suivant :

Une ouvrière de 68 ans souffre depuis environ 20 ans de surdité. A l'époque du développement de cette affection, elle dit avoir été très malade (inflammation pulmonaire?). Comme hérédité il n'y a rien à découvrir. Elle n'aurait jamais souffert auparavant des oreilles et surtout elles n'auraient jamais suppuré. En 1902, elle subit une opération pour carcinome de la langue. Un examen fonctionnel de l'ouïe ne fut pas fait à cette époque. En mars 1906, elle se présenta de nouveau à la clinique chirurgicale avec une récidive étendue. Cette fois à la clinique des oreilles, on fit un examen soigneux qui donna le résultat suivant :

Conduits auditifs : rien.

Tympans troubles des deux côtés, autrement normaux.

Examen fonctionnel.

	O. D.	O. G.
Voix chuch.	non perçue	non perçue.
Voix ord.	voix forte « ad concham »	« ad concham ».
C (cond. aér.)	entendu quand fortement frappé.	fortement frappé.
C (cond. oss.)	70″ au lieu de 60″ norm. = 115 °/₀.	70″ au lieu de 60″.
Rinne	fortement négatif	fortement négatif.
Limite sup. de l'échelle tonale	Galton 3,0	3,0.
Limite inf. — —	Fis	A′

Weber non latéralisé.

Trompes d'Eustache : libres. Le catéthérisme ne produit aucune amélioration.

Épreuve de l'équilibre vestibulaire : pas de troubles.

Vertige rotatif existe.

État général : à part l'état local de la langue (carcinome) : emphysème pulmonaire, bronchite sèche, artério-sclérose moyenne, murmure systolique à la pointe.

Le *diagnostic* porté fut *otosclérose* avec la possibilité d'une dégénérescence cochléaire simultanée (cachectique sénile), notamment par rapport au fort abaissement de la limite supérieure de l'échelle tonale.

8 jours après son entrée à l'hôpital, la malade fut opérée de son carcinome et mourut le même jour avec les symptômes de l'œdème pulmonaire.

A l'autopsie on ne trouva rien indiquant une maladie générale; on put exclure la syphilis, la tuberculose, le diabète, l'arthrite déformante, etc. La cause de la mort fut l'œdème pulmonaire diagnostiqué pendant la vie. Nulle espèce de transformation organique en dehors des altérations habituelles de la vieillesse.

L'examen histologique des os temporaux fut fait avant la mise

dans le liquide fixateur d'après la méthode de Witmaack, et donna le même résultat dans les deux os :

1. Le conduit auditif externe parut normal.

2. Oreille moyenne : la structure du tympan est normale. La muqueuse de la trompe d'Eustache n'est pas épaissie, n'est pas obstruée par des sécrétions. La muqueuse de la caisse n'est également pas atteinte de transformations inflammatoires récentes ou anciennes, nulle part on n'y voit épaississements ou infiltrations. Son épaisseur n'atteint que quelques micromillimètres. Les osselets sont partout couverts de muqueuse délicate, normale. Ils ne montrent histologiquement aucun processus pathologique. Les jointures entre le marteau et l'enclume, ainsi qu'entre l'enclume et l'étrier sont intactes. Le muscle de l'étrier n'est pas atrophié.

Le promontoire est couvert de muqueuse normale qui se continue sans solution de continuité sur l'étrier. Sa partie osseuse ne montre rien indiquant un processus sclérosant ou un état pathologique autre. Nulle part, pas même dans le mur osseux autour de la fenêtre ovale ne se voient des foyers de substance ostéoïde ou spongieux. L'os est d'épaisseur normale, les cellules osseuses ne sont pas augmentées de volume, les canaux de Havers ne sont pas dilatés. On ne trouva nulle part des cellules géantes, des ostéoblastes ou des ostéoclastes. Toute transformation inflammatoire de l'os manque. Aussi sur d'autres points du labyrinthe osseux, on ne peut trouver d'états pathologiques. La seule chose anormale est la symphyse stapédiovestibulaire. Ici la bordure de la fenêtre ovale ainsi que la partie correspondante du plateau de l'étrier ont perdu leur revêtement cartilagineux et sont fortement soudées ensemble par une formation osseuse. De même que le cartilage, le ligament annulaire a disparu dans la soudure osseuse. *Du bord de la fenêtre ovale au bord opposé court sans interruption un pont osseux régulièrement mince composé de substance compacte sans la moindre trace d'infiltration de la muqueuse qui le recouvre, ni de formation d'os spongieux.* La coloration de l'os est partout régulière. La muqueuse du promontoire se continue régulièrement constituée sur la base de l'étrier et dans la région de la soudure ne montre aucune transformation qui pourrait faire conclure à un processus inflammatoire récent ou ancien. On ne voit tout au plus que quelques espaces cystoïdes de grandeur variable dans la région de l'étrier qui sont tapissés parfois d'une couche unicellulaire ressemblant à de l'endothélium. Leur contenu est homogène, et parfois on y voit quelques débris cellulaires et quelques petites boules graisseuses. L'autre, les cellules mastoïdiennes, l'oreille interne dans les parties osseuses et membraneuses, les filaments du nerf acoustique, les ganglions nerveux, les vaisseaux, tout est absolument normal.

La seule transformation de l'organe auditif de cette malade consiste donc en *une ankylose osseuse complète de l'étrier.*

L'auteur n'a jamais trouvé dans la littérature la description d'un état absolument analogue et il trouve difficile de le classifier patho-

logiquement. On ne peut pas l'attribuer à une inflammation de la caisse, car on ne trouve aucune trace de cette inflammation, ni à ces espaces cystoïdes dans le voisinage de l'étrier, espaces que l'on voit normalement, avec la méthode de Wittmaack, même avec symphyse stapédio-vestibulaire intacte.

Force est de ranger ce cas parmi l'otosclérose, malgré les écarts que montre notre cas d'avec cet état. Il s'agit ici d'une *véritable* ankylose de l'étrier dont on doit attribuer le développement à une affection de la jointure elle-même, affection dont la vraie cause nous échappe (arthrite de la jointure stapédio-vestibulaire?). L'autopsie montre que nous pouvons exclure la tuberculose et la syphilis, etc. L'auteur croit plutôt à la possibilité d'un *trouble vasomoteur ou trophique* de l'oreille moyenne, comme pour l'otosclérose (Katz et Wall).

Cliniquement on ne pouvait faire d'autre diagnostic que celui d'otosclérose, basé sur la triade de Bezold (diminution de la limite tonale inférieure, prolongation de la conduction osseuse et le Rinne négatif). Tout au plus pouvait-on douter de l'exactitude du diagnostic à cause de la diminution concomitante de la limite tonale supérieure qui pouvait faire penser à une affection concomitante de l'oreille interne et surtout du nerf acoustique. Mais une diminution marquée de la limite supérieure, surtout dans les vieux cas d'otosclérose, est loin d'être rare. Dans la clinique de Greifswald, on l'a trouvée dans environ 50 °/₀ des cas. On la considère comme étant due à une atrophie des ganglions acoutisques à la suite de l'invasion du limaçon par l'os spongieux. C'est de ces ganglions de la base que dépend d'après Helmholtz la perception des sons les plus aigus. *Le cas de l'auteur montre cependant qu'on peut avoir une diminution très nette de la limite supérieure sans que le premier tour du limaçon soit atteint, sans que l'élément nerveux soit dégénéré, et cela par la simple fixation de l'étrier dans la fenêtre ovale par suite d'un processus otosclérеux.*

L'auteur est d'avis pour conclure à une affection du labyrinthe ou du nerf acoustique, il faut, à part la diminution de la limite supérieure, constater une diminution de la durée de la conduction osseuse, comme Siebenmann l'a déjà montré.

C.-J. Koenig (de Paris).

Rapports de la forme du lobule de l'oreille avec la tuberculose, par G. Rossolimo (de Moscou) (*Rousski Vratch*, n° 43, 27 octobre 1907).

Huit cents malades ont été examinés à ce point de vue et l'auteur a établi des fiches où il a noté le type auquel se rapporte la forme du boll et les renseignements sur le malade: antécédents héréditaires et personnels, conformation du squelette, signes de dégénérescence, alcoolisme, syphilis, épilepsie, nationalité, etc. Les différentes formes des lobules ont été classées en quatre groupes principaux selon les anomalies et les arrêts de développement. On constate alors qu'il existe un lien entre les anomalies du lobule et un état de fai-

blesse physique, une asthénie qui peut être provoquée si souvent par la tuberculose héréditaire ; nous savons d'autre part que cet état prédispose à la tuberculose acquise.

L'auteur arrive à cette conclusion que de tous les stigmates anatomiques de dégénérescence que l'on observe chez les individus issus de familles tuberculeuses ou prédisposés eux-mêmes à la tuberculose, le stigmate le plus fréquent est une anomalie du lobule de l'oreille.

Dans les provinces du centre de la Russie, chez les individus absoluments exempts d'hérédité tuberculeuse mais surchargés d'hérédité alcoolique et psychopathique, le nombre de lobules anormaux est par rapport au nombre normal comme 1 est à 4. Chez les individus ayant une hérédité tuberculeuse, ce nombre est comme 3,25 à 1. Lorsque l'hérédité tuberculeuse existe dans les familles de chacune des deux générations, ce nombre devient comme 5 à 1.

M. DE KERVILY (de Paris).

L'anesthésie cocaïnique des canaux semi-circulaires, par CAPALDO (*Archiv. Ital. Otol.*, vol. XIX, fasc. 4 et 5).

D'après ses recherches expérimentales, l'auteur conclut que les phénomènes d'incoordination et de troubles de l'équilibre attribués à l'anesthésie locale des canaux semi-circulaires par la cocaïne doivent être rapportés à l'action générale de cette substance, absorbée par les lymphatiques du labyrinthe. U. CALAMIDA (de Milan).

Examen fonctionnel des canaux semi-circulaires par le réflexe nystagmique, par A. HAUTANT (*Ann. mal. or.*, n° 9, septembre 1908).

L'auteur de cette longue étude s'est proposé de mettre en lumière la *méthode dite de Barany* qui constate et mesure par les épreuves nystagmiques la valeur fonctionnelle des canaux semi-circulaires et qui doit désormais figurer au tableau d'examen de l'oreille interne. Après avoir rappelé, dans une courte introduction, les trois groupes de symptômes (subjectifs, objectifs et réflexes), qui permettent d'étudier la valeur fonctionnelle de ces organes de l'orientation, il consacre trois chapitres aux questions suivantes :

1° *Le réflexe nystagmique vestibulaire à l'état normal* : ses caractères automatique, involontaire et inconscient ; — son mécanisme ; les épreuves qui le provoquent normalement (galvanique, thermique, rotatoire) ; — l'examen des canaux horizontaux par le postnystagmus horizontal et des canaux verticaux par le postnystagmus rotatoire.

2° *Le réflexe nystagmique vestibulaire à l'état pathologique* caractérisé par le fait fondamental de la modification et surtout de la disparition du réflexe nystagmique expérimental avec un signe accessoire et inconstant consistant en l'apparition spontanée de secousses rythmiques oculaires dans la direction latérale du regard (nystagmus vestibulaire spontané).

3° *Les résultats de l'examen nystagmique des canaux semi-circulaires.*

Deux questions se posent au début de ce dernier chapitre : *a*) Les canaux semi-circulaires présentent-ils des altérations de leur valeur fonctionnelle ? *b*) A quelle lésion correspond le trouble pathologique observé ?

Si la valeur fonctionnelle des canaux semi-circulaires est intacte, l'examen nystagmique est normal ; s'il y a, au contraire, abolition fonctionnelle des canaux semi-circulaires, la réaction nystagmique est négative ; si enfin cette valeur fonctionnelle est modifiée, la réaction est anormale, d'où une réelle difficulté d'interprétation suivant qu'il y a irritation de l'appareil vestibulaire ou diminution de l'excitabilité de cet appareil.

Or, toute lésion située sur le trajet de la voie vestibulo-oculomotrice entraîne nécessairement une altération accentuée de la réaction nystagmique vestibulaire, et le degré de la lésion dépend d'une irritation ou d'une paralysie complète ou incomplète des extrémités nerveuses vestibulaires.

En résumé, pour conclure suivant le texte même de cet article original : « *Les épreuves nystagmiques ou épreuves de Barany constatent et mesurent la fonction et la valeur fonctionnelle des canaux semi-circulaires ; elles nous montrent la conservation, la diminution ou l'abolition du nerf vestibulaire, comme les épreuves auditives nous renseignent sur l'état normal, altéré ou détruit du nerf cochléaire.* »

« L'examen fonctionnel de l'ensemble de l'oreille interne se résume donc en deux schémas : une formule acoumétrique et une formule nystagmique. »

En clinique, les résultats nystagmiques de la labyrinthite sèche ont moins de valeur que dans les cas de suppurations de l'oreille interne où ils décèlent les localisations canaliculaires par l'intermédiaire des fistules fréquentes du canal horizontal.

FAIVRE (de Poitiers-Luchon).

Mensuration quantitative du nystagmus calorique dans un cas de fistule labyrinthique avant et après la production de la fistule, par I. KIPROFF, de Sophia (*Wiener klin. Wochenschrift*, 10 sept. 1908).

L'intérêt de ce cas est dans le fait qu'on put mesurer avec soin la fonction du vestibule avant et après production de la fistule.

La comparaison des chiffres obtenus avant et après nous montre qu'ils ne présentent aucune différence essentielle. Il faut donc admettre que la production de la fistule n'a pas eu grande influence sur l'excitabilité du labyrinthe. On ne peut pas dire que celle-ci ait été augmentée ; mais on ne peut pas dire non plus qu'elle ait diminué.

Les vertiges qui survenaient lors des mouvements de la tête et le nystagmus variant spontanément de temps en temps, permettent de conclure à une excitabilité anormale de l'appareil vestibulaire, laquelle cependant ne se manifeste pas lors des excitations physiologiques.

Après l'opération, il y eut des signes de labyrinthite séreuse, après laquelle l'acuité était trop affaiblie, mais non abolie. L'excitabilité est alors atteinte, car la durée du nystagmus calorique du côté malade a diminué considérablement par rapport à ce qu'on voyait avant l'intervention. Cependant le début de l'apparition du nystagmus n'est pas modifié. Ceci correspond aux faits observés par l'auteur, suivant lesquels le temps nécessaire à la production du nystagmus dépend uniquement de conditions extra-labyrinthiques et en particulier d'une arrivée plus ou moins bonne (conduction) de la chaleur. MENIER (de Figeac).

Du nystagmus rythmique provoqué en dehors de toute affection pathologique, par P. PIÉTRI et MAUPETIT, de Bordeaux (*Rev. hebd. de laryng.*, n° 47, 21 nov. 1908).

Suivant ces auteurs, aux moyens de diagnostic habituellement employés pour le diagnostic de la participation pathologique de l'appareil vestibulaire vient s'ajouter la provocation du nystagmus rythmique. Ses caractères sont d'être : expérimentalement produit, automatique, involontaire, inconscient, non influencé par les impressions sensitives. Ce dernier point le distingue du nystagmus spontané congénital, acquis (mineurs), symptomatique (lésions encéphaliques, affections oculaires).

Pour provoquer le nystagmus, on peut avoir recours soit à la méthode *rotatoire* (10 tours en 20 secondes sur un tabouret à vis sans fin spécialement construit pour cet usage); soit à la méthode *calorique* (injection d'eau froide de 15° à 20° ou chaude à 40° dans le conduit auditif jusqu'à production du phénomène).

Composé de deux secousses, l'une rapide, l'autre lente, le nystagmus provoqué peut se présenter sous différentes formes : régulier ou irrégulier, droit ou gauche, horizontal, rotatoire, vertical ou diagonal. Intensité, rapidité, durée des secousses nystagmiques peuvent varier.

Différents phénomènes peuvent se produire en même temps que le nystagmus provoqué : vertiges, nausées, etc., marqués surtout si l'on a recours à une injection d'eau froide.

Chez certains sujets n'ayant jamais eu d'affection labyrinthique, mais de profession spéciale : acrobates, équilibristes, danseurs, etc., on rencontre un pouvoir d'équilibration supérieur à la normale. Chez l'*adulte*, la méthode rotatoire provoque un nystagmus de 0 à 10 secondes en vision directe, de 30 à 40 secondes en vision oblique, nystagmus gauche lorsque la rotation se fait dans le sens des aiguilles d'une montre; la méthode calorique froide détermine un nystagmus dirigé dans le sens opposé à l'oreille injectée, d'une durée de 15 à 20 secondes en vision directe, de 50 à 80 secondes en vision oblique ; la méthode calorique chaude détermine un nystagmus dirigé du côté de l'oreille injectée, de durée de 0 à 10 secondes en vision directe, de 20 à 30 secondes en vision oblique.

Chez l'enfant, le nystagmus provoqué est plus accentué et d'autant

moins régulier que l'enfant est plus jeune. Chez le vieillard, le nystagmus est d'intensité plus faible et de durée moindre.

Après avoir critiqué les explications que Barany, Lombard et Halphen, puis Hautant ont données du nystagmus provoqué, les auteurs terminent leur travail en rappelant le résultat de leurs expériences. J.-E. Mathieu (de Challes-Hyères).

Contribution à la bactériologie de l'otite moyenne aiguë compliquée de mastoïdite purulente, par André Mark (*Zeitschr. f. Ohrenh. u. f. d. Krankh. d. Luftw.*, LVI, Band. 3 Hft., sept. 1908, pp. 229-239).

Les tableaux de l'auteur confirment les résultats des recherches des autres cliniciens (Zaufal, Netter, Weichselbaum, Leutert, Hasslauer, Scheibe et Kümmel) sur la présence quantitative des divers microorganismes. On put obtenir 145 rapports bactériologiques sur 185 cas de mastoïdite consécutifs à des otites moyennes purulentes aiguës. Le matériel à examiner fut pris *directement des espaces pneumatiques ouverts au moyen de la gouge* ou des abcès ayant un rapport direct et local avec ces espaces.

Dans 125 cas on trouva des cultures pures, dans 2 du matériel stérile, tandis que dans 18 cas les cultures montrèrent une infection mixte ou des souillures, mais toujours cependant avec une prédominance très marquée d'une espèce sur les autres. En excluant les souillures (proteus, bact. coli, sarcines, etc.,) l'auteur arrive aux chiffres suivants :

Streptocoques	93 =	64,1 %
Diplococcus pneumoniae Fraenkel	22 =	15,2 —
Staphylocoques (surtout blancs)	16 =	11,0 —
Bacilles de l'influenza	1 =	0,7 —
Strepto-staphylocoques ana	11 =	7,6 —
Matériel stérile	2 =	1,4 —
Total	145 =	100 —

Les bacilles pris du cas d'influenza offrent toutes les caractéristiques du bacille de l'influenza et ne purent se cultiver que sur les milieux contenant de l'hémoglobine. Les pseudo-bacilles de l'influenza de Pfeiffer et d'autres espèces semblables n'offrent pas toujours ce caractère typique. Ce cas confirme les observations de Scheibe, de Rossel, de Bulling, de Hartmann et de Döring.

Donc, comme chez les autres auteurs, ce sont les streptocoques qui prédominent.

Contrairement à Kümmel, l'auteur trouve les mastoïdites avec le diplocoque de la pneumonie bien plus fréquentes chez l'adulte que chez l'enfant dans les deux premières décades, et également plus fréquentes chez l'homme que chez la femme (19 : 3). Dans les mastoïdes de Bezold, ce microbe est particulièrement fréquent. Les infections mixtes sont sans influence sur la pathogénie.

C.-J. Koenig (de Paris).

Sur la présence de particules spéciales dans le pus des otorrhées chroniques traitées par la photothérapie, par Dionisio (*Bull. Mal. Orecchio*, août 1908).

Dans les otorrhées chroniques traitées par la photothérapie, l'auteur a remarqué la présence de particules très fines, qui apparaissent sur la fin du traitement, au moment où la guérison s'accomplit. Ce phénomène ne s'observe que lorsqu'il existe une érosion osseuse.

Au microscope, on trouve un amas de particules, sans structure spéciale, qui ont l'apparence d'os carbonisé ou pulvérisé. L'élimination plus ou moins grande de ces particules paraît en rapport avec l'activité curatrice. U. Calamida (de Milan).

Sur le traitement du catarrhe aigu de l'oreille moyenne, par le prof. Walle, de Bonn (*Deutsch mediz. Wochenschrift*, n° 47, 1908).

1. Le catarrhe simple aigu est traité surtout par la douche d'air d'après la méthode de Politzer, point d'irrigation du conduit ni d'instillation de médicaments.

2. L'otite moyenne aiguë : Application de glace sur l'oreille. Pas de douche d'air pendant les symptômes inflammatoires. Après 8-10 jours, quand ceux-ci sont disparus : douche d'air. Si les symptômes inflammatoires durent trop longtemps, incision de la membrane du tympan.

Évitez l'application de compresses chaudes.

3. Otite aiguë suppurée. Le patient doit être couché au lit ; médicaments narcotiques.

L'auteur recommande la paracentèse de la membrane, tamponnement du conduit et pansement sec sur l'oreille. Irrigation du conduit seulement quand l'otorrhée est abondante. Pas de compresses chaudes. Si les symptômes y obligent : antrotomie. Évitez le cathétérisme. L'aspiration peut être appliquée, mais elle n'a pas trop d'effet.

De même, la stase de Bier est à éviter. La douche d'air n'est applicable que quand la perforation de la membrane du tympan s'est fermée. Schoenemann (de Berne).

L'opportunité opératoire dans l'infection aiguë de l'oreille moyenne, par Forns (*Revista de Especialidades*, février 1908).

L'auteur émet dans son travail l'opinion que nous avons souvent manifestée, c'est-à-dire que les processus aigus de la caisse se guérissent la plupart du temps sans qu'il soit nécessaire de faire intervenir une opération et qu'on a plus de bénéfice à faire une simple myringotomie.

Le résumé de ce travail documenté par quelques histoires cliniques est fait par l'auteur sous forme de conclusions :

1° On doit intervenir quand, faute de le faire, il peut en résulter de plus graves préjudices que si l'on fait l'opération ;

2° On doit faire une myringotomie opportune et on peut la répéter, mais il ne faut pas en abuser parce qu'à la longue, elle entraîne la surdité.

3° On opérera par voie antrale, quand après deux ou trois myringotomies, les troubles persistent.

En résumé, n'opérer jamais sans une indication précise, et dans le doute, appeler un confrère en consultation.

E. Botella (de Madrid).

Sarcome de l'oreille moyenne, par Alexander Zebrowski (*Archives of Otology*, vol. XXXVII, n° 2, p. 130).

La suppuration auriculaire peut être considérée comme un agent qui favorise la production des tumeurs malignes et de ce fait doit être minutieusement traitée : c'est la seule mesure prophylactique que l'on puisse prendre à l'égard des tumeurs malignes de l'oreille.

Le sarcome de l'oreille moyenne est primitif et secondaire et le diagnostic est difficile. La paralysie du nerf facial et la présence de la tumeur dans la mastoïde sont des signes indéniables et en leur absence seul l'examen microscopique des granulations de la caisse peut éclairer le diagnostic d'une affection qu'on était loin de soupçonner. Les cas antérieurs démontrent que le sarcome de l'oreille moyenne peut apparaître comme une complication d'une autre affection grave et dangereuse, le cholestéatome par exemple. Le diagnostic malheureusement n'est jamais assez précoce et le traitement devient, devant l'étendue des lésions, insuffisant. Une résection large et totale de l'os temporal peut seul être un moyen palliatif.

Zébrowski donne ensuite l'observation d'un malade atteint de lympho-sarcome du cou, de l'os temporal, du corps du sphénoïde avec métastase dans le poumon gauche et au cœur. La cavité crânienne a été perforée par la tumeur et la moëlle a été détruite par la chute de l'apophyse odontoïde dans la cavité.

H. Massier (de Nice).

Quelques complications de l'otorrhée chronique, par H.-H.-B. Cunninghaus (*British Medical J.*, III, 1908, p. 135).

La suppuration chronique est celle qui dure plus de six semaines ; on y trouve le streptocoque, le pneumocoque et le bacille tuberculeux.

La suppuration occasionne alors des dégâts considérables au niveau de l'oreille moyenne. L'auteur croit, avec Willer, que souvent la broncho-pneumonie infantile dépend d'une otite primitive à pneumocoques. L'ossiculectomie peut rendre des services, dans certains cas, mais s'il s'agit de tuberculose, il vaut mieux faire une opération radicale aussi précoce que possible.

E.-A. Peters (de Londres).

Contribution au traitement et au pronostic de la suppuration chronique de l'oreille moyenne, par Ruprecht, médecin-adjoint à la clinique otiatrique de Munich (*Münch. mediz. Wochenskrift*, n° 21, 1908).

L'inflammation purulente chronique de l'oreille moyenne est beaucoup plus difficile à traiter par le pavillon que la même affection aiguë, parce que chez celle-ci la perforation de la membrane du tympan est plus grande, et que les cavités produisant la sécrétion purulente ont été beaucoup diminuées par la sclérose de l'os.

L'auteur recommande le traitement introduit déjà depuis bien des années dans la pratique par le prof. Bezold : Lavage de l'oreille moyenne par une seringue remplie d'eau boriquée, 4 0/0. Douche d'air, d'après Politzer. Sécher le pavillon très soigneusement, avant de faire une insufflation légère d'acide borique.

Les communications du Dr Rupprecht se basent sur 118 cas d'otorrhée chronique, matériel qui lui était cédé par le Dr Scheibe (de Munich). Parmi ces cas il y avait 1080 cas non compliqués ; une perforation centrale se trouvait dans 5,5 0/0 des cas. Chez ceux-ci, on employait le traitement mentionné.

Dans 10 0/0 des cas, il était nécessaire d'enlever des granulations par la curette. L'auteur ne se servit jamais des moyens caustiques. « Dans la moitié des cas avec perforation centrale, la sécrétion cessa après une semaine ; dans 4/5 des cas, après un mois. »

Par conséquent, l'otite moyenne suppurée avec perforation centrale se présente comme affection qui se guérit très facilement avec le régime indiqué, et qui, en cas de persistance de la suppuration, ne se complique jamais par des affections de l'os. Par là, elle ne donne jamais d'indication à une opération radicale.

La suppuration otique était accompagnée dans 489 cas d'une perforation excentrique. Naturellement, il s'agissait dans ces cas de formes cholestéatomateuses. Ici le traitement indiqué ne suffit pas : il faut se servir de la canule de Hartmann pour nettoyer les cavités supérieures des masses cholestéatomateuses.

L'extraction des osselets n'était jamais indiquée. L'auteur est d'opinion que cette extraction ne donne nullement les avantages décrits par beaucoup d'auteurs.

Suivait la statistique des 489 cas, traités par la canule de Hartmann.

Parmi ces cas, il ne se trouvait que 8 cas, qui donnaient une indication d'opération radicale. C'est aussi là qu'on laissait les osselets.

En résumé, l'auteur conclut que le traitement conservateur des suppurations chroniques de l'oreille moyenne donne de bons résultats. Ce sont seulement les cas non traités qui se compliquent souvent d'affections graves, comme des fistules, des labyrinthites, des paralysies du nerf facial, des abcès des sinus, du cerveau et des méninges. Schönemann (de Berne).

Quelques complications de l'otorrhée chronique, par Cunningham (*British med. Journal*, 18 juillet 1908).

On distinguera deux groupes d'otorrhée : la septique et la tuberculeuse. L'otorrhée devient tôt ou tard infection mixte par l'adjonc-

tion de bactéries pyogènes. L'état pourra durer longtemps sans provoquer de troubles. Cependant la céphalée, la lassitude, la dyspepsie, la constipation devront être regardées comme les conséquences de la résorption de matières septiques (complications). La suppuration amène peu à peu la destruction du tympan et des osselets et par suite la surdité. MENIER (de Figeac).

Traitement consécutif à la cure radicale de l'otorrhée, par JANSEN (*Monats. f. Ohrenh.* XLII Jahrg., 8 Heft, 1908).

L'auteur rappelle que plusieurs auteurs ont essayé de supprimer le tamponnement dans le traitement post-opératoire de la cure radicale de l'otorrhée; il a adopté, lui aussi, cette manière de voir et procède de la façon suivante : l'opération une fois terminée, la cavité opératoire est saupoudrée d'iodoforme et tamponnée à la gaze iodoformée; le premier pansement reste en place huit jours et est remplacé par un tamponnement à la gaze au xéroforme pendant deux jours; à partir de ce moment, on cesse tout pansement et on badigeonne la cavité opératoire avec une solution de nitrate d'argent à 5 %; cet attouchement est indolore; chez les personnes sensibles, on peut le faire précéder d'un badigeon à la cocaïne; un quart d'heure après, on essuie la sérosité qui s'écoule de la plaie avec des tampons d'ouate stérilisée, puis on cautérise à nouveau avec le nitrate d'argent; une demi-heure après, nouvel asséchement. Le jour suivant, aucune cautérisation, mais renouvellement du pansement; dans la suite, cautérisation tous les deux jours. A partir du quatorzième jour, on peut remplacer la solution à 5 % par une solution à 10 %. Dans six cas de cure radicale, sans aucune complication, la guérison a été obtenue en l'espace de quatre semaines.

Cette méthode, non seulement raccourcit la durée du traitement post-opératoire, mais est beaucoup plus facile à supporter pour le malade que le tamponnement, toujours douloureux.

Ajoutons que cette technique ne peut être appliquée que dans les cas de cure radicale où la plaie rétro-auriculaire est immédiatement suturée. Amédée PUGNAT (de Genève).

Les indications de l'opération radicale bilatérale spécialement au point de vue fonctionnel, par RUTTIN (*Ann. mal. or.*, nº 4, avril 1908).

Il s'agit d'otites bilatérales graves demandant l'ouverture chirurgicale de l'oreille moyenne des deux côtés pour conjurer l'imminence de complications intracraniennes ou pour tarir les suppurations polypo-cholestéatomateuses.

Le pouvoir auditif est en général diminué dans ces cas au sujet desquels sont dressés dans ce travail, des tableaux d'examens très soignés avant et après l'opération tant pour la voix haute que pour la voix chuchotée.

La conclusion première de 50 observations rapportées est qu'on peut prédire, au moment de la « granulation », le pouvoir auditif

après guérison de la radicale ; la deuxième remarque est que l'opération doit se faire en deux séances chez les vieillards ou les individus trop jeunes, faibles ou cachectiques, les condio-aortiques et les phtisiques qui ne supporteraient pas une narcose prolongée. Enfin si l'on redoute l'existence d'une labyrinthite suppurée circonscrite ou totale, il ne faut intervenir qu'en cas d'extrême nécessité.

FAIVRE (de Poitiers-Luchon).

Considérations sur quelques cas de lésions mastoïdiennes, par RUEDA (*Archives d'oto-rhino-laryngologie*, numéro 1, 1908).

L'étude de l'auteur est basée sur 15 cas qui peuvent être réunis, bien qu'arbitrairement, en 5 groupes :

1° Tympano-mastoïdites aiguës avec périphlébites du golfe de la jugulaire ;

2° Otites chroniques suppurées avec participation attico-antrale ;

3° Cholestéatomes ;

4° Caries mastoïdiennes avec fistule, et

5° Otites suppurées chroniques avec paralysie faciale.

Dans le premier groupe, il rapporte l'observation suivante :

Homme de 50 ans qui, depuis six mois, et à la suite d'une attaque de grippe, a une suppuration de l'oreille gauche qui présente des alternatives. Il y a de la douleur, un peu de torticolis, une suppuration abondante, un conduit rétréci ; le tympan très rouge se distingue à peine ; la mastoïde est douloureuse à la pointe.

Antrectomie ; mastoïde peu aérienne, antre légèrement fongueux et pus en petite quantité.

La suppuration persistant et la sténose de conduit augmentant, au bout d'un mois, nouvelle intervention constituée par une cure radicale. Caisse avec fongosités, tegmen intact, mais en explorant l'hypotympan on rencontre un trajet fistuleux par où sort du pus et on découvre une masse molle et élastique qui est le golfe de la jugulaire. Guérison sans accidents.

En tenant compte du peu d'ancienneté du processus, Rueda incline à croire qu'il s'agit non d'une lésion cariotique, mais bien d'une déhiscence du plancher de la caisse par où commença le pus ; cela formait un abcès périphlébitique avec torticolis qui peut être expliqué par la proximité du tronc du spinal.

Dans le second groupe se rangent six observations :

1° Homme de 46 ans, avec otorrhée chronique datant de l'enfance. Cure radicale. Apophyse éburnée, fongosités de l'attique, l'aditus et l'antre ;

2° Enfant de 11 ans, avec otorrhée datant de l'enfance ; il se plaint d'une poussée aiguë, avec douleur, vertiges, etc. Cure radicale. Fongosités dans l'antre, l'aditus et dans toute la caisse ;

3° Homme de 29 ans, otorrhéique depuis l'enfance, avec poussée aiguë, douleur, vertiges, etc. Cure radicale. Mastoïde éburnée, pus dans l'antre avec fongosités qui se prolongent par l'aditus jusqu'à la caisse ;

4° Homme de 25 ans, avec otorrhée datant de l'enfance ; poussée aiguë avec douleur et vertiges. Cure radicale. Fongosités dans l'antre et l'aditus ; la caisse est saine et la chaîne conservée ;

5° Jeune homme de 17 ans, avec fongosités dans la caisse qui bouchent une perforation tympanique ; douleur et vertiges. Cure radicale. Fongosités dans l'aditus ; carie de l'enclume qui est entourée de fongosités ;

6° Petite fille de 9 ans, avec otorrhée chronique ; fongosités dans la caisse. Cure radicale. Antre et aditus fongueux ; la chaîne est conservée.

Ces cas ne présentent d'autre particularité qu'une modification apportée à l'autoplastie suivant la méthode de Siebenmann qui sera expliquée dans le cas suivant appartenant au troisième groupe :

Enfant de 12 ans, opéré, il y a un an, de cure radicale de l'oreille gauche et qui présente actuellement une suppuration attico-antrale de l'oreille droite, avec obstruction de la membrane flaccide. Cure radicale. L'antre, large, est occupé par un cholestéatome.

Modification de l'autoplastie : deux incisions tout le long de la paroi postérieure du conduit et qui viennent jusqu'au-dessus du méat auditif, délimitant un lambeau en forme de languette que l'on maintient appliqué sur la surface osseuse avec un tamponnement On résèque auparavant toute la partie du cartilage qu'elle comprend.

Dans le quatrième groupe, il rapporte cinq observations :

1° Enfant de 4 ans avec réchauffement d'une otite suppurée qui paraissait tarie ; tuméfection rétro-auriculaire ouverte par le médecin habituel. Il arrive avec une atrésie du conduit et une fistule mastoïdienne.

Perforation au siège d'élection, mastoïde toute fongueuse ; résection de l'apophyse, découverte du sinus qui est rempli de fongosités ainsi que l'attique (autoplastie du conduit en T, la plaie postérieure restant ouverte).

2° Enfant de 9 ans, avec réchauffement d'une suppuration chronique de l'oreille gauche ; tuméfaction mastoïdienne. Cure radicale. Abcès sous-périostique, perforation au siège d'élection ; antre et aditus fongueux et masses cholestéatomateuses dans la caisse. Autoplastie suivant la méthode de Siebenmann.

3° Petite fille de 2 ans, avec otite consécutive à une scarlatine et formation rapide d'un abcès mastoïdien.

Perforation au siège d'élection, apophyse énorme très aérienne ; toutes les cellules sont remplies de fongosités, même celles de la périphérie. Décortication. On laisse la plaie ouverte.

4° Jeune homme de 15 ans, avec otorrhée datant de l'enfance. Fistule rétro-auriculaire. Opération : perforation au siège d'élection, cure radicale, mastoïde, aditus et attique fongueux. Autoplastie suivant la méthode de Siebenmann.

5° Petite fille de 10 ans, ancienne otorrhéique, avec poussée aiguë et mastoïde. Opération ; cure radicale ; mastoïde infiltrée de pus,

résection de la pointe. Autoplastie suivant méthode de Siebenmann.

Il convient de faire remarquer que toutes les observations de perforations spontanées se rapportent à des malades jeunes, car la minceur de la corticale est la cause de cette complication ; cette corticale augmente d'épaisseur au fur et à mesure que le sujet avance en âge.

Le cinquième groupe ne comprend qu'une seule observation, celle d'une petite fille de 12 ans, avec otorrhée chronique réchauffée et paralysie faciale. On fait une cure radicale ; on rencontre du pus caséeux dans l'antre et de grosses fongosités dans l'aditus et la caisse. Rueda ne dit pas si la paralysie disparut après l'opération.

E. Botella (de Madrid).

Méningite et mastoïdite, par Piétri et Magne (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 17 mai 1908).

Présentation de pièces provenant de l'autopsie d'une malade morte dans le service du professeur Moure d'une otite moyenne suppurée avec mastoïdite. La malade avait toujours refusé l'opération et était morte dans le coma.

A l'autopsie, en plus d'une sphénoïdite suppurée droite, on ne trouve que des lésions de méningite généralisée sans collection intra ni extra-scorale. Après trépanation de la mastoïde gauche, qui était remplie de fongosités, on trouve au niveau de la paroi osseuse du sinus, à la partie postérieure, une vaste perforation ; le sinus, néanmoins, est sain sur toute sa longueur.

L'infection a dû suivre une autre voie pour se propager aux méninges.

R. Beausoleil (de Bordeaux).

Un cas de mastoïdite avec complications cérébrales, par Franck Knause (*Archives of Otology*, vol. XXXVII, n° 2, p. 116).

Mastoïdite qui débute par de l'otite moyenne purulente à diplobacille et pour laquelle on fit une trépanation. 2 jours après apparition de frissons et de douleurs pré- et sus-auriculaires. Rigidité et sensibilité des muscles cervicaux postérieurs : température et pouls élevés. Le signe de Kernig est très net. Aucun phénomène abdominal, ni vomissements. Ponction lombaire : liquide un peu louche et cellules polymorphonucléaires assez abondantes ; pas de bactéries.

Les phénomènes cérébraux rentrent en scène : aphasie limitée à l'agraphie. L'examen du sang donne une numération leucocytaire de 12.000 avec 67 % de polymorphonucléaires. La névrite optique s'accentue, le délire apparaît ; apparition de convulsions et d'une paralysie faciale limitée. On pratique une nouvelle opération pour aller à la recherche d'un abcès du cerveau que l'on ne trouve pas. Le malade meurt après une succession de phénomènes morbides et érysipèle. A l'autopsie, on trouve une collection purulente dans le lobe temporo-sphénoïdal gauche. La circonvolution de Broca ne présentait aucune modification macroscopique.

H. Massier (de Nice).

Observations sur les complications intra-craniennes de la suppuration de l'oreille moyenne, par I. S. Kopetsky, de New-York (*New. York State Medical Institute*, New-York, VIII, 312, 1908).

Les conclusions de l'auteur sont les suivantes :

1° Les complications intracraniennes résultent du contact de l'os atteint avec la dure-mère ou de l'invasion, à travers le labyrinthe par exemple, de l'endocrâne.

2° Les traumatismes, qu'ils soient accidentels ou chirurgicaux, peuvent rendre virulentes des lésions intracraniennes jusque là latentes.

3° Les lésions osseuses sont généralement, quoique pas toujours, le résultat d'un processus aigu qui vient se greffer sur une affection chronique de l'oreille, laquelle a presque toujours touché l'os.

4° Lorsque les lésions intracraniennes sont localisées dans la fosse cérébrale postérieure, on trouve généralement atteinte quelque partie du labyrinthe.

5° Il vaut mieux, au point de vue du traitement chirurgical, que ce soit la fosse cérébrale moyenne qui soit atteinte.

6° Plus l'intervention chirurgicale est précoce, plus il y a de chances de guérison.

7° L'évacuation du pus de la fosse cérébrale postérieure, sans intervention chirurgicale sur le labyrinthe atteint, n'est pas habituelle.

8° La ponction lombaire est un adjuvant utile, sans aucun doute, du traitement chirurgical.

9° Aucun cas ne doit être considéré comme trop désespéré et il vaut mieux toujours courir les chances d'une intervention.

10° La cure radicale ne doit pas s'adresser à l'otorrhée chronique non compliquée ; il faut la réserver aux cas où l'os est malade.

W.-A. Wells (de Washington).

Observations de dix cas de complications intra-craniennes consécutives à une suppuration de l'oreille moyenne, par I.-S. Kopetzky, de New-York (*Annals of otology, rhinology and laryngology*, mars 1908).

De la lecture de ces dix observations il résulte que le plus jeune des malades avait 12 mois, et le plus âgé 52 ans ; le sexe féminin entre dans la proportion de 6 pour 4 mâles ; l'affection était localisée six fois à droite et quatre fois à gauche. Dans les cas aigus l'affection de l'oreille datait de deux à quatre semaines, et dans les cas chroniques de 18 mois à 17 ans.

Les cas aigus se sont rencontrés surtout chez les enfants. On a constaté un certain intervalle entre la première intervention et le début de la lésion intra-cranienne. Deux fois la complication s'est annoncée par une paralysie faciale et une température élevée, une fois par des troubles gastro-intestinaux ; dans ces trois derniers cas tous les signes d'une collection sous-périostée étaient nets. Dans quatre cas la corticale était perforée (3 enfants, un adulte de 38 ans).

On a noté parfois une inégalité pupillaire. Dans un cas de thrombose du sinus il y avait une albuminurie très accusée qui disparut après l'évacuation du caillot.

Dans cinq cas, l'étage moyen du crâne était envahi, dans quatre cas c'était l'étage postérieur, et deux fois les deux étages étaient intéressés.

Chez sept de ces malades, l'infection s'est propagée par contiguïté de l'oreille moyenne aux parties voisines des méninges, chez les trois autres il y a eu une invasion préliminaire des canaux labyrinthiques.

La complication intra-cranienne qu'on observe le plus souvent à la suite de ces suppurations de la caisse c'est l'abcès extra-dural ; l'abcès du cervelet est plutôt consécutif à une suppuration du sinus. L'abcès est en général localisé au niveau du tegmen, mais quand l'étage moyen du crâne est envahi on peut trouver du pus à la pointe de la pyramide pétreuse. Il peut se faire que l'os soit en partie éburné, ne présentant que quelques trajets purulents. Sa dure-mère, au niveau de l'abcès, est décolorée et quelquefois recouverte de granulations ; d'autres fois elle présente une légère ulcération, ou au contraire elle peut être épaissie et soulevée par une collection de pus fétide entre elle et l'os.

L'abcès extra-dural, traité à temps, peut guérir.

L'abcès intra-méningé ou intra-dural se comporte comme une lésion circonscrite, et peut exister sans généralisation de l'infection, aussi l'intervention donne-t-elle de bons résultats, mais il est très difficile de diagnostiquer cette variété d'abcès avant l'opération, car elle ne se manifeste souvent par aucun symptôme bien net.

A un stade plus avancé de l'affection on trouve, outre l'abcès extra-dural, une thrombose du sinus ou une collection dans le cerveau.

Le pronostic est évidemment plus sombre quand l'infection s'est étendue au delà de son point de départ.

Dans la méningite otitique purulente, la pie-mère est intéressée, mais cette complication se rencontre plus rarement.

Le traitement variera suivant les lésions constatées au cours de l'opération. Il faut tout d'abord enlever toutes les parties osseuses nécrosées et mettre à nu le sinus et la dure-mère au niveau du tegmen, et si on soupçonne une propagation par l'oreille interne bien explorer les parois des canaux demi-circulaires, les fenêtres labyrinthiques et les circonvolutions cochléaires pour tâcher de trouver en l'un de ces points des ulcérations ou des fistules. Mais on ne devra pratiquer ces dernières explorations que lorsqu'on y sera obligé, car c'est là une intervention dangereuse qui, de plus, amène la perte de l'audition dans l'oreille malade.

Après avoir évacué l'abcès, on drainera.

Le sinus et la dure-mère ayant été mis à nu voir si ces membranes sont intactes ; leur aspect, leur coloration, le toucher renseigneront à ce sujet. Il n'y aura évidemment pas à hésiter si la dure-mère est recouverte de granulations laissant suinter du pus. Pour peu qu'on soupçonne une collection sous cette membrane on l'incisera.

La ligature de la jugulaire interne s'impose quelquefois dans les cas de thrombose du sinus.

Quant à l'abcès du cerveau, quand il sera soupçonné, il devra être recherché soit par la voie mastoïdienne, soit par une trépanation en un autre endroit.

On pourra diminuer la pression intra-cranienne par des ponctions lombaires répétées, qui serviront en même temps à éclairer le diagnostic et à soulager le malade.

Sur les dix cas rapportés par l'auteur, il y a eu quatre guérisons et six morts. Les inflammations des méninges semblent être plus graves quand elles succèdent à une lésion du labyrinthe, et le pronostic des collections de l'étage moyen est meilleur que celui des collections formées dans l'étage postérieur du cerveau.

L'auteur termine en concluant qu'il faut toujours intervenir dans ce genre de complications, et le plus tôt ne vaudra que le mieux, même dans les cas qui semblent désespérés.

KERAUDREN (de Saint-Brieuc).

Deux cas de thrombose du sinus compliqués d'abcès cérébral dans les lobes temporo-sphénoïdaux, par WM. R. DABNEY (*Archives of Otology*, vol. XXXVII, n° 2).

Dès que l'empyème mastoïdien est diagnostiqué, tout retard dans l'ouverture des cellules osseuses est une imprudence qui peut permettre l'infection de l'encéphale ou la thrombose du sinus. Deux cas que l'auteur a observés confirment cette opinion. Dans le premier cas le malade a traîné sa mastoïdite et à l'examen on découvre tous les symptômes de mastoïdite avec complications endo-craniennes probables. Une première opération fut faite qui améliora le patient pendant quelques jours, mais au bout de 5 jours, il fit de la paralysie motrice de tout le côté droit du corps. On diagnostique un abcès du cerveau que l'on put ouvrir dans une seconde intervention. Le pus contenait du streptococcus. Malgré une petite amélioration, le malade mourut sans avoir repris connaissance.

Dans le deuxième cas, il s'agissait d'une mastoïdite avec complications probables d'abcès du cerveau et de méningite purulente. A l'opération, on découvrit une érosion du toit de l'antre recouverte de granulations par où s'écoulaient quelques gouttes de pus. Une curette pénétrait à travers une petite perforation dans la dure-mère d'où un peu de pus se mit à sourdre. Une dénudation plus large de la dure-mère permit de tomber sur une zone nécrosée de tissu cérébral de la grosseur d'une noix. Des symptômes ultérieurs de thrombose du sinus nécessitèrent une nouvelle intervention qui fut interrompue à cause d'une alerte chloroformique. Cependant on assiste les jours suivants à des troubles cérébraux multiples : délire, excitation convulsive, strabisme, rigidité de la nuque, paralysie du bras gauche et de la jambe gauche, hypersensibilité de la peau. Le malade a de l'aphasie, ne peut désigner les objets par leur nom, transpose les mots. Le Kernig, le Babinski sont positifs.

Puis se manifestent la constipation opiniâtre et des nausées. La persistance de la paralysie et le ralentissement du pouls font penser à un nouvel abcès cérébral. Deux nouvelles opérations sont faites et à la seconde on finit par atteindre un abcès d'où il sortit une grande quantité de pus sanguinolent. Dès que cet abcès fut ouvert, le tableau clinique changea et le malade guérit radicalement.

L'intérêt de cette observation réside dans la propagation de la méningite purulente localisée du côté droit, côté de l'oreille malade au côté opposé de la tête où siège chez ce malade, droitier, la zone du langage (lobe temporo-sphénoïdal gauche) dont la lésion a provoqué l'aphasie. H. Massier (de Nice).

Un cas de suppuration et de nécrose du labyrinthe. Opération. Guérison, par George Loring Tobey, de Boston (*Annals of otology, rhinology*, etc., décembre 1907).

A 6 mois, otorrhée droite qui ne guérit point et donne lieu à de petits abcès rétroauriculaires successifs. A 13 ans, formation d'un séquestre au milieu de la partie postérieure du conduit. Extraction suivie d'une guérison qui dure à peu près 6 ans.

En 1900, grippe, symptômes auriculaires et méningés, diminution de l'ouïe. Accalmie durant deux ans, mais persistance de vertiges et d'otorrhée. En 1902, céphalée occipitale et nausée, jusqu'en 1907 ces phénomènes se reproduisent de temps à autre. L'écoulement de l'oreille est constant.

Le 19 août 1907, douleur lancinante occipitale, frissons, état nauséeux. Perte de l'équilibration nécessitant l'alitement ; cet état aigu dure 6 jours, les symptômes persistent atténués après ; l'ouïe est réduite à néant.

Examen local : Pus abondant. Destruction du tympan et des osselets. L'oreille moyenne est tapissée de granulations. Une sonde peut traverser la fenêtre ronde et il sourd à son niveau un peu de pus. Nécrose du mur de la logette. Pas de nécrose apparente du promontoire.

Opération : Cure radicale complétée par curetage du vestibule de l'oreille interne et de l'entrée du canal cochléaire qui était granuleuse.

Suites : amélioration dès le lendemain. Quatre mois après rien ne subsiste qu'une surdité totale à droite.

J.-E. Mathieu (de Challes-Hyères).

Otite interne aiguë avec compte rendu d'un cas, par Stillman, de Troy, E. U (*Medical Record*, 3 octobre 1908).

Un enfant de 7 ans est pris de céphalée, de douleur au niveau de l'œil droit et de fièvre. Rien dans les antécédents, sinon la rougeole cinq ans avant. L'examen ne révèle rien du côté des oreilles, ni rien qui puisse faire soupçonner une méningite.

L'enfant était alors complètement sourd : perte de la conduction aérienne et osseuse. Au bout de quelques jours : amélioration ; l'enfant se lève, mais sa marche ressemblait à celle de l'ataxie cérébel-

leuse. Vingt-cinq jours après : écoulement des deux oreilles sans douleurs préliminaires. Le malade ne fut plus revu, mais l'auteur sait de bonne source qu'il est toujours totalement sourd.

C'est un cas typique de panotite de Politzer (otite interne aiguë primitive de Voltolini). Le diagnostic est facile ; mais l'étiologie est encore obscure : sexe, saisons, humidité (?), épidémies (influenza, méningite cérébro-spinale). L'avenir nous apprendra si l'affection a ou non une relation avec la méningite.

En tout cas, voici un tableau comparatif des deux affections :

MÉNINGITE	LABYRINTHITE
Épidémique ou sporadique.	Sporadique seulement.
Adultes et enfants.	Enfants, presque sans exception.
Les deux oreilles ne sont pas ordinairement atteintes à la fois et jamais au même degré. Tendance à l'amélioration.	Les deux oreilles sont atteintes toujours symétriquement. Surdité totale.
Les autres nerfs craniens peuvent être affectés.	Autres nerfs craniens jamais atteints. État général bon.
Convalescence traînante et misérable.	Convalescence rapide avec surdité.
Herpès labial fréquent.	Herpès rare (observé seulement une fois).
Convalescence marquée par grande faiblesse et prostration. Vertiges pas particulièrement fréquents ni marqués.	Pas de faiblesse particulière. Vertiges (état ébrieux) constants et prolongés.

MENIER (de Figeac).

Thrombose des sinus et pyohémie septique d'origine otique, par N. BÉLOGOLOVOFF (de Riga) (*Journal mensuel russe des oreilles, de la gorge et du nez*, 1907, nos 8 et 9).

Dans la première partie de son travail, l'auteur fait une revue critique de la bibliographie et montre que dans toutes les interventions opératoires faites sur le sinus veineux, dans le but d'arrêter l'infection sanguine, la chute de la température immédiatement après l'opération est une exception ; au contraire, la température se maintient relevée encore pendant plusieurs jours, quelquefois même pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois et cependant on a pu enlever la thrombose du sinus. Il faut donc considérer la pyohémie comme indépendante en quelque sorte de la thrombose et parallèlement au traitement chirurgical, on doit instituer un traitement médical. L'auteur étudie l'action des injections de sérum antistreptococcique et de collargol, puis présente ses observations personnelles, qu'il a recueillies en 3 ans (sur 2.822 malades). Chez 20, il a pratiqué une intervention pour complications du côté des sinus. 2 malades étaient atteints de méningite purulente. 3 malades avec thrombose des sinus, avec méningite et 1 malade atteint de septicémie aiguë.

Sur ces 26 cas, y eut 12 guérisons (soit 46 %) et 14 morts (soit 53 %). M. DE KERVILY (de Paris).

Un avertissement aux chirurgiens otologistes, par GONZALEZ ALVAREZ (*Revista de Especialidades*, août 1907).

L'auteur appelle l'attention sur l'excès de combativité de certains jeunes otologistes qui ne voient d'autre traitement que le traitement chirurgical dans toute lésion suppurée de l'oreille, sans se douter que de bons pansements et un drainage approprié entraînent la guérison.

Il cite, à ce propos, de nombreux cas où malgré l'urgence de l'opération, la guérison survint sans qu'on y eût recours ; il recommande donc plus de calme et de confiance dans le traitement conservateur, qui, bien appliqué, donne tant de bons résultats.

Nous ne pouvons rien ajouter aux sages conseils de cet éminent praticien ; car, moi aussi, j'ai eu souvent des surprises dans ma consultation (des cas semblables n'arrivent guère que dans des consultations) où je voyais l'indication d'une urgence opératoire injustifiée, faite par des spécialistes brillants.

La plupart des otites aiguës obéissent bien au traitement, de même que la mastoïdite au début; de nombreux cas furent guéris par nous, bien qu'ils fussent très compliqués, sans que nous eussions eu recours à l'antrectomie.

Dans les otorrhées chroniques, avec suppuration invétérée, le drainage et les bons pansements sont ce qui fait défaut; on y ajoute un grattage s'il y a des fongosités, et tout au plus l'extraction de la chaîne des osselets. Sont seuls justiciables d'une plus grande intervention, les cas où, malgré le traitement continué consciencieusement pendant quelques semaines, la fétidité de la suppuration persiste.

Il est évident, comme le dit le maître distingué, qu'il y a des cas où l'indication opératoire étant bien établie, il ne faut pas différer : mais de là à l'abus opératoire, il y a un abîme.

E. BOTELLA (de Madrid).

II. — NEZ ET SINUS

Absence congénitale du cartilage de la cloison nasale, par MAGNE (*Gaz. hebdom. des sciences médic. de Bordeaux*, 8 mars 1908).

L'auteur présente un enfant de 14 ans porteur de cette anomalie et dans les antécédents duquel on retrouve des sujets ayant eu la même anomalie. R. BEAUSOLEIL (de Bordeaux).

Remarques sur l'obstruction nasale, par WALTER SPENCER (*British med. Journal*, 18 juillet 1908).

Étude des diverses causes : végétations, polypes naso-pharyngiens,

lymphadénomes et kystes, myxomes, tumeurs congénitales, anomalies du septum nasal, adhérences syphilitiques du voile avec la paroi postérieure. MENIER (de Figeac).

Un simple procédé pour empêcher l'aspiration des ailes du nez, par G. HEERMANN (*Zeitschr. f. Ohrenh. u. f. d. Krankh. d. Luftw.* LVI, Bd. 2 Hft., juillet 1908, pp. 165-167).

Les appareils de Schmidthuisen et de Feldbausch ont de nombreux inconvénients que tout le monde connaît. L'auteur les remplace par une petite pelote de coton qu'il introduit dans l'excavation antérieure du vestibule, c'est-à-dire dans la poche du bout du nez. Il pétrit la pelote avec une pommade indifférente, comme la pommade boriquée officinale. Elle peut être introduite de façon à ne pas demeurer sur le passage de l'air et à ne pas être visible. Elle forme un tampon élastique, et en remplit toutes les conditions ; n'étant pas visible, elle peut être portée le jour, elle n'irrite n'élargit pas inutilement l'entrée du nez, car elle est élastique ; par la pommade, elle obvie efficacement et agréablement à cette pénible sécheresse si fréquente dans l'état qui nous concerne. Elle a encore l'avantage de ne rien coûter. 25 centimes de pommade boriquée et 10 centimes de coton durent pendant des mois ! Les patients apprennent facilement à former et à introduire la pelote. Le seul inconvénient est qu'elle tombe facilement quand on se mouche. On pourrait aussi penser à la possibilité de l'aspirer dans les voies aériennes. Chez les clients de l'auteur, cela ne s'est pas produit. Il n'y aurait pas d'inconvénient si on l'avalait. C. J. KOENIG (de Paris).

Sur le traitement du coryza aigu, par LEVY (*Münch. mediz. Wochenschrift*, n° 52, 1908).

Verser quelques gouttes de lusoforme dans les mains et faire des inhalations. Qu'il nous soit permis de faire remarquer, que les vapeurs de formol souvent appliquées à la muqueuse du nez produisent une irritation et assez fréquemment une rhinite chronique.
SCHŒNEMANN (de Berne).

Rhinite atrophique, par John SENDZIACK (*Annales of otology, rhinology*, etc., décembre 1907).

L'auteur, dont la statistique personnelle comprend 1142 cas de rhinite atrophique, passe en revue, résume et classe de façon claire les notions qui émanent de la très considérable littérature dont la rhinite simple et fétide (ozène) a été l'objet. De courts paragraphes concernent la définition, l'anatomie pathologique, la symptomatologie, les complications, l'évolution, le pronostic. Le traitement est étudié plus en détail, l'auteur insiste sur les bons effets du traitement général (iodiques et sulfureux) associé au traitement local dont il énumère les nombreux modes.

L'index bibliographique annexé à cette étude comprend 462 références. J.-E. MATHIEU (de Challes-Hyères).

Sur les déhiscences des sinus maxillaires, par Kanosugi, de Tokio (*Berliner klin. Wochenschrift*, n° 29, 1908).

L'auteur a fait examiner 3.500 pièces de crânes macérés ; il a trouvé en 26 cas, des déhiscences d'une des parois du sinus maxillaire, surtout de la paroi interne. Schoenemann (de Berne).

Étude sur les polypes du nez d'après les observations personnelles recueillies de 1896 à 1906, par F. Stephanovsky (de Kasan) (*Journal mensuel russe des maladies des oreilles, de la gorge et du nez*).

Sur 5.086 malades examinés dans la clientèle oto-rhino-laryngologique, 1370 personnes avaient une affection du nez. Sur ce dernier nombre, 95 avaient des polypes du nez. Les hommes sont plus souvent (66 cas) atteints que les femmes (29 cas). Selon l'âge des malades, on peut établir le tableau suivant :

Avant 10 ans			3	cas	soit	3, 1 0/0
»	20	»	16	»	»	16, 8 »
»	30	»	22	»	»	23, 2 »
»	40	»	20	»	»	21, 0 »
»	50	»	14	»	»	14, 8 »
»	60	»	13	»	»	13, 7 »
»	70	»	7	»	»	7, 4 »

D'autres tableaux moins intéressants montrent la répartition des polypes selon la nationalité et la profession des malades.

Dans la seconde partie de son travail, S. étudie le diagnostic et le traitement ; pour l'anesthésie locale on peut employer une solution de cocaïne dont on imbibe un tampon d'ouate ; avec une solution même à 20 0/0, il n'a jamais observé d'accidents. L'hémorragie est en général faible au moment de l'opération, mais il faut être prévenu que le plus souvent une hémorragie plus abondante se produit quelques heures plus tard.

Dix-huit observations, choisies parmi les plus intéressantes, complètent cet article très documenté. M. de Kervily (de Paris).

L'anesthésie intra-osseuse dans la cure radicale des sinusites maxillaires et des kystes paradentaires intra-sinusiens, par Garrot (*Journ. méd. de Bordeaux*, 4 octobre 1908).

Les injections de cocaïne sous-gingivales ou sous-périostées ne donnant pas toujours une anesthésie suffisante pour les extractions dentaires, les pulpectomies et la petite chirurgie de la bouche, l'auteur préconise l'injection intra-osseuse d'après le procédé du Dr Hoque qui consiste à injecter dans le tissu spongieux un liquide anesthésiant, cocaïne à 1 p. 100. Le liquide parcourt facilement le tissu osseux lâche et fait une section physiologique de tous les nerfs de la région. On opère alors sur un tissu absolument « mort » à consistance de « morceaux de bois », disent les malades. Pour perforer

la table osseuse soit vestibulaire, soit palatine, le tour dentaire est l'instrument le plus commode; avec une seringue assez forte, on injecte dans l'os par le trou que l'on vient de faire 2 centimètres cubes de liquide anesthésiant.

Trois perforations sont nécessaires pour faire une anesthésie convenable : 1° sur la paroi vestibulaire, 2° sur la paroi palatine, entre la canine et l'incisive latérale, 3° entre la deuxième prémolaire et la première prémolaire (paroi palatine). Il faudra en faisant ces perforations tenir compte de la direction des racines des dents.

R. Beausoleil (de Bordeaux).

De l'anesthésie locale dans les opérations sur le sinus maxillaire, par Gordon King, de New-Orleans (*Annals of otology, rhinology and laryngology*, mars 1908).

Pour supprimer les risques que fait toujours courir une anesthésie générale, l'auteur est d'avis de lui substituer le plus possible l'anesthésie locale, surtout quand on opère dans la bouche ou sur les voies aériennes supérieures, où l'administration de l'anesthésique général est parfois difficile à faire. C'est ainsi que depuis deux ans il n'a plus recours qu'à l'anesthésie locale pour l'opération de Caldwell-Luc. Elle demande moins de temps par ce moyen, et l'opérateur n'est pas gêné par le sang et les mucosités que le malade peut rejeter lui-même.

Après avoir insensibilisé la muqueuse par un badigeonnage à la cocaïne, on injecte une solution de cocaïne à 2 % et d'adrénaline à 1 pour 2.000 tout le long de la future ncision, d'abord sous la muqueuse, puis ensuite profondément et même sous le périoste. On incise ensuite jusqu'à l'os, on récline muqueuse et périoste jusqu'au niveau du nerf sous-orbitaire. A ce moment, quelques gouttes de l'anesthésique sont injectées dans le nerf même ou autour de lui au point où il sort de son canal. Keraudren (de Saint-Brieuc).

Sur l'ouverture intranasale du sinus maxillaire, par Sturmann, de Berlin (*Berl. klin. Wochenschrift*, n° 27, 1908).

La méthode d'opération du Dr Sturmann qui se fait à l'aide de l'anesthésie locale s'exécute de telle manière qu'elle évite une incision buccale. Cette opération ressemble à la méthode de Denker, mais Sturmann commence par une incision nasale située immédiatement avant le cornet inférieur. Ablation de l'os qui entoure l'ouverture piriforme, après avoir écarté les muqueuses nasale et buccale.

Schoenemann (de Berne).

Traitement ioduré dans les suppurations des sinus par Hempel, de Berlin (*Berliner klin. Wochenschrift*, 28 septembre 1908).

L'iodure de K est bien supporté dans le cas de suppuration du nez, quand il n'y a pas d'idiosyncrasie pour l'iodure. Depuis longtemps Rosenberg, de Berlin, administre l'iodure dans les sinusites (10 gr. pour 200 gr. d'eau, trois cuillerées à café par jour). La sécrétion ainsi

provoquée fluidifie et augmente la sécrétion ordinaire, sans que les cornets gonflent ; ils diminuent même de volume. Le pus est entraîné, il se fait ainsi un lavage spontané et permanent.

De plus, l'iodure est souverain contre les céphalées si fréquentes quand la température est sèche et chaude, dans la rhinite atrophique avec ou sans ozène. MENIER (de Figeac).

Affections des cavités accessoires du nez et de l'œil, par le prof. A. ROSENBERG et BAUM (de Berlin) (*Zeitschrift für Laryngol. Rhinol. u. ihre Grenzgebiete*, t. I, H. IV, p. 441).

Très souvent, disent les auteurs, des malades vont consulter l'oculiste pour des lésions de l'œil dues à une affection du nez dont les symptômes sont latents.

Et d autre part, souvent l'oculiste ne voit pas que l'affection oculaire est causée par une lésion des sinus.

Les auteurs ont examiné 40 cas d'affections du sinus (pris dans la clientèle de Rosenberg), et de telle façon q .e l'oculiste, Baum, n'ait aucun renseignement sur les données de la rhinoscopie. De plus les auteurs ont essayé de déterminer si les modifications oculaires persistaient ou s'amélioraient par le traitement ou la guérison de l'affection sinusienne.

Les auteurs ont pu constater des troubles circulatoires dans les vaisseaux papillaires chez 20 malades, c'est-à-dire dans 50 °/₀ des cas : il y avait de la stase chez 16 malades (40 °/₀) : parmi ces cas se trouvait un malade atteint de congestion passive de la papille optique typique. Ils constatèrent de l'hyperhémie dans 5 cas (12,5 °/₀). Les limites de la papille étaient lavées dans 3 cas (7,5 °/₀). Il y avait décoloration de la papille dans 8 cas (20 °/₀).

Dans les cas où il existait de la stase, le sinus maxillaire était ou avait été malade 16 fois, le sinus frontal toujours, sauf dans un cas; les cellules ethmoïdales 5 fois, le sinus sphénoïdal 4 fois.

Lorsqu'il y avait hyperhémie. cette hyperhémie était en général due à une sinusite frontale, plus rarement à une sinusite sphénoïdale (4 : 3). Les limites de la papille étaient lavées dans des cas où existaient concomitamment une sinusite frontale et maxillaire. Toujours, sauf dans 2 cas, le sinus maxillaire était malade quand existait de la décoloration de la papille : consécutivement au traitement, à l'amélioration des affections du sinus, la stase rétrocéda ; elle disparut dans 5 cas : la décoloration disparut dans 2 cas.

Lorsque la stase veineuse ne disparaît pas, ce n'est pas une preuve que les deux affections ne dépendent pas l'une de l'autre : car, si nous mettons la stase sur le compte d'une inflammation des gaines du nerf, nous ne pouvons pas nous attendre forcément à la voir diminuer ou disparaître.

De même, quand nous remarquons que la stase se produit sur l'œil situé du côté sain, c'est-à-dire du côté opposé à la sinusite : car, disent les auteurs, en admettant que l'inflammation des gaines nerveuses puisse provoquer une thrombose d'un vaissaau, la diminution

de la réplétion sanguine peut être considérée comme le stade prémonitoire de cette thrombose. De plus, on sait qu'une cellule ethmoïdale appartenant au côté gauche par exemple, peut se prolonger de l'autre côté.

De plus, le croisement des nerfs optiques, permet à l'inflammation de leurs gaines de gagner le côté opposé.

Les auteurs ont pu constater souvent un rétrécissement du champ visuel, unilatéral, du côté de l'affection sinusienne.

Maurice Bloch (de Paris).

Sur l'intervention opératoire dans les sinusites frontales, par Berini (*Revista de Médecina y Cirujia,* Barcelone, avril 1908).

Pour confirmer ce qui a été écrit par Rueda en commentant un article de Hajek sur la conduite à tenir en présence des sinusites frontales aiguës, Berini cite l'observation suivante :

Malade envoyé par le Dr Carreros, avec troubles de la vision et douleurs aiguës à l'oreille droite qui s'irradient vers le front.

Douleurs à l'angle supérieur interne de l'œil droit à la plus légère pression. Diaphanoscopie négative. Par rhinoscopie antérieure, on voit le méat moyen occupé par de petits polypes ; le cornet est très tuméfié. Sécrétion abondante, d'aspect purulent.

On porte le diagnostic de sinusite et on propose une intervention nasale d'abord, et si elle n'est pas suffisante, une intervention radicale.

Le cornet est réséqué, les polypes extirpés et on fait un bon grattage. Du pus s'écoule. Guérison.

Étant donnée la conformation anatomique du sinus frontal dont le drainage se fait dans l'endroit le plus favorable, à condition de supprimer les obstacles qui s'y opposent, il faut s'adresser à l'intervention nasale qui donne la plupart du temps une guérison sans recourir d'emblée à l'opération radicale qui laisse toujours une déformation et ne donne pas toujours un résultat assuré.

E. Botella (de Madrid).

III. — LARYNX

Sur l'étiologie et le traitement des nodules des cordes vocales trouvés chez les chanteurs, par Barth, de Berlin (*Berliner klin. Wochenschrift,* n° 33, 1908).

Le nodules sont, d'après l'auteur, le résultat du frottement des cordes vocales contre l'épiglotte. Par là, il est évident qu'ils se trouvent surtout chez les chanteurs et déclamateurs se servant de la voix d'une manière mal appropriée. (Le larynx doit se baisser quand l'intonation monte !) ; donc le seul traitement correct est d'apprendre la méthode de parler et de chanter juste. La traitement opératoire est à éviter. Schoenemann (de Berne)

Mort subite par œdème de la glotte, par Lande (*Journal de Médec. de Bordeaux*, 15 novembre 1908).

Une femme de 70 ans souffrant de la gorge depuis quelques jours, meurt brusquement. A l'autopsie on trouve que l'épiglotte, les replis aryténo-épiglottiques, la région inter-aryténoïdienne sont œdématiés. Infiltration aussi des cordes vocales supérieures et inférieures. Rougeur de toute la muqueuse du larynx.

Il s'agit d'œdème primitif glottique et sus-glottique, de laryngite aiguë inflammatoire.

Les accidents qu'une trachéotomie pratiquée en temps opportun aurait sans doute pu éviter, ont été vraisemblablement provoqués par la moindre fatigue. R. Beausoleil (de Bordeaux).

Étiologie de la paralysie des récurrents d'origine périphérique, par Bryson Delavan (*Medical Record*, juillet 1908).

L'auteur étudie les paralysies de cause toxique après avoir effleuré l'origine traumatique et les paralysies par compression.

Les causes toxiques sont :

1° poisons minéraux et végétaux ;

2° les toxines créées par les maladies infectieuses.

Les poisons sont : plomb, arsenic, antimoine, cuivre, iodure de K, iodoforme, cyanure de K et phosphore ; alcool, opium, morphine, belladone, atropine, cannabis indica, cocaïne.

Les toxines seront : fièvre typhoïde, rhumatisme articulaire aigu, influenza, diphtérie, typhus, pneumonie croupale aiguë, fièvre puerpérale, érysipèle, rougeole, scarlatine, blennorrhagie, sérothérapie.

Il étudie la question d'une affinité élective des toxines et des poisons pour les récurrents et conclut à la non-existence de cette affinité. Il se demande si les toxines modifient le tissu du nerf, d'où paralysie ; il croit que seule l'inflammation suffit à expliquer cette dernière. Il ne croit pas non plus que les effets des toxiques sur les récurrents soient dus à des causes centrales. Il pense enfin que les lésions sont de la névrite provoquée par la compression due elle-même à la congestion des parties voisines.

Ces questions et d'autres doivent encore être étudiées. Il rend justice à Sendziak dont les articles trop importants sont trop peu connus car, dit-il : « *being published in the Polish language and in obscure provincial journals, makes them almost impossible of access.* » Menier (de Figeac).

Contribution à l'étude des paralysies du nerf récurrent, par O. Körner et M. Sebba (*Zeitschr. f. Ohrenh. u. f. d. Krankh. d. Luftw.*, LVI, Bd. 4 Hft., octobre 1908, pp. 307-310).

Dans la littérature on trouve souvent la remarque que *la paralysie laryngée des tabétiques atteint plus souvent le côté gauche que le côté droit.*

Cependant les statistiques de Burger et de Cahn ne répondent pas aux vraies conditions, car les paralysies bilatérales du posticus à

cause de leur grande importance, sont plus souvent rapportées dans la littérature que les peu dangereuses paralysies unilatérales qui passent même souvent inaperçues.

Les statistiques de Graeffner donnent 72 % de paralysies gauches, 28 % de paralysies droites. Comment expliquer cette plus grande vulnérabilité du vague-récurrent gauche chez les tabétiques ? Nous savons principalement par Arnold Cahn, que la paralysie laryngée tabétique dans la majorité des cas, est due exclusivement à la névrite du tronc du vague-récurrent. C'est donc, dans les différences anatomiques des deux nerfs récurrents que l'on doit chercher la réponse à la question ci-dessus. Les anévrismes de l'aorte ne l'expliquent pas, car ces anévrismes ne sont pas assez fréquents chez les tabétiques pour expliquer la prédominance de la paralysie laryngée gauche. Arullani, sur 68 tabétiques, ne trouva que 2 anévrismes de l'aorte.

La cause doit être plutôt cherchée dans *la plus grande longueur du récurrent gauche*. Quand les toxines qui circulent dans le sang des tabétiques lèsent d'une façon égale deux segments égaux des deux récurrents, elles doivent offrir au courant nerveux dans le récurrent gauche, qui est bien plus long, une plus longue résistance. C'est pour cela que le côté gauche du larynx est plus tôt et plus fortement paralysé. Ceci est d'ailleurs vrai pour d'autres névrites toxiques, diphtériques, grippales, typhiques, névrite du béribéri, etc., ainsi que pour les empoisonnements par le plomb, l'arsenic, le cuivre, l'alcool et la nicotine.

La paralysie laryngée tabétique est presque toujours observée pendant le stade des troubles fonctionnels exclusifs du muscle crico-aryténoïdien postérieur, stade qui dure souvent de nombreuses années, tandis que la paralysie laryngée due au tiraillement ou à la compression du tronc du vague-récurrent (tumeurs, glandes, anévrismes, maladies cardiaques) aboutit presque toujours rapidement à la paralysie complète de tous les muscles innervés par le récurrent. C. J. Koenig (de Paris).

Laryngostomie pour sténose cicatricielle du larynx, par Vignard et Sargnon (Société des sciences médicales de Lyon, 29 mai 1907; in *Lyon médical*, 15 septembre 1907).

Il s'agit d'un petit malade, présenté par M. Rabot et traité par la dilatation caoutchoutée interne. Comme le malade, très amélioré, ne se laissait pourtant pas décanuler, on pratiqua la laryngostomie qui a montré l'existence d'une sténose cicatricielle postéro-latérale, cricoïdienne en croissant. Il y a eu un peu de bronchite et de la température. Au début, la dilatation a été rapide, maintes fois on a eu à lutter contre le spasme des cordes, rendant difficile l'introduction du drain; enfin, chose rare, la plaie s'est en partie soudée de bas en haut. La voix est bonne; la fissure laryngienne très réduite. Les auteurs présentent plusieurs photographies de laryngostomisés guéris et décanulés depuis plusieurs mois. Sargnon (de Lyon).

Au sujet des accès tardifs après l'ablation du larynx (2e article), par V.M. Mints (*Roussky Vratch.* nº 28, 12 juillet 1908).

Depuis la publication de son premier article sur le même sujet, l'auteur a eu l'occasion d'observer deux nouveaux cas : l'un concerne un homme de 57 ans auquel l'auteur a fait l'ablation complète du larynx pour cancer et en même temps enleva d'un côté des ganglions lymphatiques cancéreux et fit la résection de la veine jugulaire commune. Il fut nécessaire de faire la trachéotomie pendant l'opération car le malade avait des menaces d'asphyxie. Les suites opératoires furent normales, et les incisions du pharynx, de l'œsophage et de la peau se cicatrisèrent par première intention. Un tube fut laissé dans la trachée.

Vingt-sept jours après l'opération, le malade eut de violents accès de suffocation, puis une masse brunâtre formant bouchon fut expulsée et la respiration devint libre pendant 2 jours. Puis les accès de suffocation recommencèrent pendant plusieurs jours et ils étaient chaque fois terminés par l'expulsion d'amas muco-fibrineux qui s'étaient amassés dans les bronches de façon à reproduire en moulage le calibre et la dichotomie de certaines parties de l'arbre aérien.

La seconde observation, qui concerne un homme de 58 ans, offre de grandes analogies avec cette dernière.

Les accès de suffocation apparurent le 21e jour après la laryngectomie pour cancer, ils se reproduisirent plusieurs fois pendant 17 jours et se terminèrent comme précédemment après l'expulsion de masses muco-fibrineuses formées aux dépens d'anciens caillots sanguins.

Dans toutes les observations de l'auteur, l'ablation du larynx a été faite par le procédé de *Billroth*, et les accès de suffocation ont été notés dans 3 cas sur 13 malades opérés, mais il est possible, d'après l'opinion de l'auteur, que ces accès pourraient être assez fréquemment notés si les malades pouvaient être suivis pendant plusieurs années après l'opération. M. de Kervily (de Paris).

Sur quatre cas de sténose chronique laryngo-trachéale guéris par laryngotrachéostomie, par U. Melzi et A. Cagnola (*Gazzetta degli Ospedali*, 21 juin 1908).

La laryngotrachéostomie aurait été exécutée pour la première fois par le prof. Ruggi en 1898 pour papillomes récidivants. Les auteurs étudient les procédés de dilatation (tubage, cathétérisme direct et rétrograde) auxquels ils reprochent d'être longs, peu sûrs et d'agir à l'aveugle. Passant aux procédés opératoires, ils critiquent la laryngofissure qui exige ensuite l'introduction et le séjour d'un tube et malgré cela ne nous font pas échapper au danger de nouveau rétrécissement de la région sous-glottique. La résection circulaire de la trachée avec suture immédiate des deux moignons : laryngien et trachéal serait plus rationnelle, mais c'est une opération difficile, parfois la suture ne tient pas, il faut alors une opération d'autoplastie. La méthode d'hétéroplastie (Witzel-Soppe) est bonne, mais

a tous les inconvénients inhérents à la transplantation, de matière hétérogène. La méthode de transplantation cutano-ostéo-périostée offre le risque de nécrose ou de résorption de l'os ; celle de transplantation cutano-ostéo-périostée offre le risque de nécrose ou de résorption de l'os ; celle de transplantation cartilagineuse (thyroïde) de König ne peut servir que pour les petites pertes de substance. La méthode de von Mangoldt (valve cutanée) ne met pas à l'abri des récidives et oblige à un tubage dilatateur consécutif.

La laryngostomie (ou laryngotrachéostomie) est donc indiscutablement supérieure. Les auteurs en étudient la technique, connue déjà de nos lecteurs par les travaux de Barlatier et Sargnon. 1er Temps : simple laryngofissure (Melzi et Cagnola n'emploient pas la canule de Treudelenburg ; ils se servent d'une canule ordinaire entourée de gaze). 2e Temps : ablation du tissu cicatriciel, introduction dans le larynx d'un tampon cylindrique formé d'un noyau central en bois autour duquel on enroule de la gaze iodoformée qu'on maintient fixée par des fils de soie dont les deux extrémités servent à attacher le tampon à la canule trachéale ; on achève le tamponnement de la cavité à l'aide de petits fragments de gaze. L'extrémité supérieure du tampon pénètre dans le vestibule laryngien, l'inférieure s'appuie sur la convexité de la canule trachéale. 3e Temps. Quand toute la cavité laryngo-trachéale s'est tapissée d'un bon épithélinm, on fait l'autoplastie : incision des parties molles le long des bords de l'ouverture laryngo-trachéale, décollement de la peau, mobilisation, on fait un premier plan conjonctif musculaire, puis par-dessus on suture les lambeaux cutanés.

Les différences d'avec les procédés de Killian, Sargnon et Barlatier sont les suivantes : 1° Ces auteurs ne font que la section médiane des cicatrices ; le reste du travail de destruction, le laissent faire par le tampon. Melzi et Cagnola enlèvent au premier temps tout le tissu cicatriciel et répètent l'opération dans le cours du traitement. 2° Killian, Sargnon et Barlatier recommandent la suture de la muqueuse laryngée à la peau, les deux auteurs italiens la jugent inutile. Leurs malades furent guéris en moins de temps que ceux des auteurs français. 3° Killian, Sargnon et Barlatier ont recours à un tube de drainage en caoutchouc rouge, alors que le tampon dilatateur des auteurs italiens est en bois entouré de gaze. La méthode de Melzi et Cagnola évite la production de sphacèle et amène la guérison en quatre mois au maximum, deux mois au minimum (3, 4, 5 et 6 mois par la méthode Sargnon-Barlatier). Suivent les observations des quatre malades (dont un cas de sténose tubulaire flasque) traités par la laryngo-trachéostomie avec le plus brillant résultat.

Menier (de Figeac).

Sur le traitement du cancer du larynx, par J. Sendziak, de Varsovie (*Journal mensuel russe des maladies des oreilles, de la gorge et du nez*, 1907, n° 9).

L'auteur a fait une statistique des cas publiés et a rassemblé

982 cas d'opérations pour cancer du larynx et qui peuvent être classés ainsi :

Opérations endo-laryngées	57 cas
Laryngofissure	209 —
Résection partielle (moitié du larynx)	222 —
Laryngectomie totale	404 —

L'auteur étudie les avantages de chacune des opérations et compare le temps de survie des malades.

Il conclut que le traitement opératoire du cancer du larynx doit être considéré actuellement comme le plus rationnel ; il donne en général d'assez bons résultats.

On obtient en effet plus de 26 °/₀ (258 sur 982 malades opérés) de guérisons, soit absolues, c'est-à-dire se prolongeant plus de 3 ans (125 cas), soit relatives, c'est-à-dire sans récidive au bout d'un an (133 cas).

Les résultats opératoires sont meilleurs depuis 1888 qu'auparavant car il y a 32,6 °/₀ de résultats favorables (219 guérisons sur 693 malades opérés) depuis cette époque.

Il en est de même en ce qui concerne les récidives après l'opération pour cancer laryngé (22 °/₀ c'est-à-dire 152 récidives sur 694 cas). Depuis 1888, il y a moins de cas de mort du fait de l'opération (90 morts sur 693 cas, soit 13 °/₀) ; le nombre a diminué, grâce à un choix mieux fait des malades à opérer (période de début du cancer du larynx) et grâce à une technique opératoire plus perfectionnée.

La laryngofissure donne les meilleurs résultats dans le traitement du cancer laryngé, surtout à la deuxième période (près de 50 °/₀) comparativement aux autres méthodes opératoires, comme la méthode endolaryngée (46 °/₀), résection partielle (23 °/₀) et complète (22 °/₀). Il faut donc employer la laryngo-fissure le plus souvent possible dans les cas, assurément, qui s'y prêtent, c'est-à-dire dans les premières périodes de l'affection.

Pour éviter les récidives, la résection complète du larynx se présente comme la méthode la plus certaine (16 °/₀ seulement de récidives à la deuxième période) comparativement avec les autres méthodes. La laryngofissure donne 22 °/₀ de récidives, la résection partielle 30 °/₀, la méthode endolaryngée plus de 33 °/₀. La laryngectomie complète est donc indiquée dans tous les cas où le processus cancéreux est déjà considérablement étendu, dans les périodes ultimes de l'affection ou lorsqu'il s'est produit une récidive après une laryngofissure.

Au sujet du danger de terminaison fatale subordonné à l'opération, la laryngofissure peut être considérée comme une bonne opération.

Sur 210 cas de laryngofissure pratiquée à la seconde période, il n'y a eu que 5 cas mortels (soit 2,5 °/₀) tandis qu'il y en a eu 6 °/₀ après la résection partielle et plus de 4,6 °/₀ après la résection totale.

M. de Kervily (de Paris).

IV. — PHARYNX

L'amygdale considérée d'un point de vue évolutioniste, par F. Wright (de New-York) (*New-York med. Journal*, 8 août 1908).

L'hypertrophie tonsillaire serait un effet de la civilisation, une sorte de réponse de l'organisme à l'accroissement des poussières chargées de bactéries, accroissement dont les exigences de la vie moderne sont responsables. L'hypertrophie amygdalienne est donc un facteur d'immunité. La grosse amygdale ne laissera pas passer les germes qui traverseront fort bien une amygdale affaissée, ratatinée et déchiquetée. Pour conclure, l'hypertrophie ou la tendance à l'hypertrophie semble être la persistance du processus qui a fait évoluer la fonction. L'auteur compare le ratatinement physiologique de l'amygdale à l'âge mûr, alors que celle-ci est devenue inutile, à l'autotomie de certains crustacés et zoophytes (étoiles de mer).

Menier (de Figeac).

Anatomie des vaisseaux lymphatiques et sanguins des amygdales, par K. Orléansky (*Journal mensuel russe des maladies des oreilles, de la gorge et du nez*, 1907, n° 5).

Dans la première partie de son travail, l'auteur donne les résultats de ses recherches sur le cadavre. Par la méthode des injections, on voit que les *lymphatiques* des amygdales se dirigent dans 3 directions différentes :

1° Les uns forment des mailles le long de l'artère carotide commune et la veine jugulaire interne, et se jettent dans les ganglions cervicaux profonds supérieurs ;

2° D'autres vaisseaux lymphatiques se dirigent vers les ganglions sous-maxillaires situés en arrière et en dehors de la glande salivaire ;

3° Enfin, quelques lymphatiques se dirigent de la fosse sphéno-maxillaire, en avant, entre le muscle buccinateur et le bord antérieur du masséter, à travers l'espace où se trouve la boule graisseuse de Bichat.

Les *vaisseaux sanguins* qui se rendent aux amygdales présentent des dispositions variables qui sont les suivantes :

1° de l'artère carotide externe monte l'artère palatine ascendante entre les muscles styloglosse et stylopharyngien et, au niveau de l'amygdale, émet l'artère tonsillaire qui avant d'atteindre la capsule se divise en fines branches ;

2° un autre type également fréquent présente cette modification que l'artère palatine ascendante naît de l'artère maxillaire externe ;

3° parfois l'artère tonsillaire naît de l'artère linguale ;

4° rarement l'artère palatine ascendante et l'artère pharyngienne ascendante s'unissent en rameaux communs ;

5° l'artère palatine ascendante n'est plus une branche indépen-

dante, mais elle est remplacée par la pharyngienne ascendante, la maxillaire externe ou par une branche de l'occipitale ;

6° l'artère tonsillaire part de l'artère carotide externe ;

7° l'artère tonsillaire naît de l'artère pharyngienne ascendante ; ce type est rare.

De plus l'artère pharyngienne descendante et l'artère maxillaire interne donnent aussi des rameaux.

Dans la seconde partie de son travail, Orléansky passe en revue les procédés utilisés pour arrêter les hémorragies qui peuvent se produire après les opérations sur les amygdales.

Les médicaments vaso-constricteurs et les caustiques sont souvent insuffisants et la méthode de choix devant une hémorragie grave est la suture du pilier antérieur au pilier postérieur (Escat, Heermann) ou l'application d'agrafes (Henkes) avec un instrument spécial.

M. DE KERVILLY (de Paris).

Au sujet de la fréquence des adenoïdiens, rapport des végétations adénoïdes avec l augmentation de volume des amygdales palatines et avec la forme e la tête, par T. E. GAVRILOFF (de Samara) (*Journal mensuel russe des maladies de l'oreille, de la gorge et du nez*, n° 6, 1907).

L'auteur fait un travail de statistique sur les observations qu il a recueillies dans sa clinique pendant 7 ans 1/2 et dans les écoles. Il ne fait entrer dans sa statistique que les sujets dont il a pu faire la rhinoscopie postérieure.

Les tableaux de l'auteur montrent que les cas où l'amygdale pharyngienne est augmentée diminuent de plus en plus jusqu'à 45 ans, puis le nombre ne subit que de faibles variations lorsqu'on examine des malades plus âgés.

Chez les femmes, l'hypertrophie de l'amygdale pharyngienne se voit plus rarement que chez les hommes, jusqu'à l'âge de 25 ans, On observe l'inverse de 25 à 30 ans et de 40 à 45 ans.

D'autres chiffres montrent que la fréquence des adénoïdiens diminue d'autant plus que l'on examine des sujets plus âgés.

Chez les adénoïdiens, ce n'est donc que dans 39 °/₀ des cas qu'il n'existe pas simultanément une hypertrophie des amygdales palatines.

Des mensurations de la tête chez 522 écoliers ne permettent pas de conclure qu'il existe un rapport entre la fréquence des adénoïdiens et la forme de la tête comme l'avait admis Schmidt.

M. DE KERVILY (de Paris).

L'angine et la tuberculose miliaire, par LUBLINSKY, de Berlin (*Berl. klin. Wochenschrift*, n° 27, 1908).

Un homme de 39 ans, souffrant depuis seize ans d'une affection du sommet gauche (qui ne manifestait point de symptômes), succombait, après une angine, à une infection tuberculeuse généralisée. L'auteur tire la conclusion qu'il est nécessaire d'observer bien cette

maladie des amygdales, surtout quand il s'agit d'un individu dont l'organisme n'est pas tout à fait intact. SCHŒNEMANN (de Berne).

Bactériologie des abcès amygdaliens et périamygdaliens, par PIÉTRI (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 30 août 1908).

Présentation au nom de M. Moure d'un dispositif destiné à recueillir aseptiquement du pus des abcès amygdaliens et périamygdaliens, en évitant d'une façon absolue le milieu buccal. L'appareil est des plus simples, facile à stériliser, conservé dans un tube de verre.

Sitôt l'ouverture de l'abcès au couteau galvanique, on applique sur le point de l'incision l'extrémité d'un tube protégeant une pipette qui se trouve ainsi parfaitement isolée et à l'aide de laquelle on aspire le pus nécessaire à l'examen bactériologique. On ferme ensuite l'extrémité de la pipette à la flamme d'un bec Bunsen. La pointe de la pipette est courte et partant résistante. Par précaution, il est bon d'avoir sous la main une pince à bec de canard permettant d'enlever immédiatement la pointe qui se briserait.

R. BEAUSOLEIL (de Bordeaux).

Un cas de pseudoleucémie ou lymphadénie d'origine amygdalienne, par DELIE, d'Ypres (*Rev. hebd. de laryng.*, 24 oct. 1908).

Jeune fille de 17 ans sans antécédents morbides, qui, en quelques semaines, voit s'établir sans aucune douleur une difficulté croissante à la déglutition. Celle-ci correspond à une hypertrophie amygdalienne obstruant l'isthme du pharynx. Les amygdales qui se rejoignent sont blanc-grisâtre, moins résistantes que dans l'amygdalite hypertrophique banale et ne présentent aucune réaction inflammatoire. Amygdalotomie à gauche. Examen histologique : hypertrophie du stroma. La plaie a mauvais aspect. Les ganglions cervicaux peu accrus subissent une poussée hypertrophique. Le foie, la rate, une leucocytose très légère n'ont rien de caractéristique qui puisse faire penser à une leucémie. Rapidement de l'ascite survient ainsi que de l'œdème des membres inférieurs; puis surviennent des troubles respiratoires graves. tirage, toux quinteuse. Il se fait un épanchement pleural. La malade pâlit à l'extrême et meurt trois mois environ après le début.

L'auteur énumère les caractères de la pseudoleucémie, discute la valeur de l'amygdalotomie qu'il juge localement néfaste, insiste sur la gravité de la forme amygdalienne de la lymphadénie et sur l'utilité d examens du sang. J.-E. MATHIEU (de Challes-Hyères).

Migration d'un fragment de tissu à travers la trompe d'Eustache après l'ablation des végétations adénoïdes, par E. KRONENBERG (*Zeitschr. für Laryngol. Rhinol. u. ihre Grenzgebiete*, tome I, H. 4, p. 431).

Il s'agit d'un jeune garçon de 6 ans, qui fut atteint en décembre 1907 d'une scarlatine grave en même temps que ses deux sœurs

et son père. Dans les 4 cas, survinrent des otites doubles. Deux enfants moururent dans la période aiguë, d'accidents septicémiques. Chez le père on dut pratiquer une trépanation de la mastoïde. Chez l'enfant survivant, la scarlatine fut grave également : l'otite guérit sans intervention, ne laissant que deux larges perforations de la membrane. Au bout de 6 mois environ, les oreilles ne coulèrent plus : il persista une surdité accentuée. Comme l'enfant présentait une troisième amygdale hypertrophiée, on décida d'intervenir.

État des oreilles avant l'adénotomie : les oreilles sont sèches. A droite, perforation de la taille de la moitié d'une lentille dans le segment inférieur. A gauche la perforation est limitée en avant par le manche du marteau, en haut par le pli postérieur ; en arrière et en bas la perforation s'étend jusqu'au rebord osseux. La muqueuse de la caisse est lisse et rosée.

Adénotomie au moyen du couteau du Beckmann, sans incidents.

Cinq jours après, dans la caisse du tympan à gauche, on voit une masse d'aspect lardacé qu'on extrait facilement avec une pince coudée ; il s'agit d'un fragment de tissu du volume de la moitié d'un pois. On constate consécutivement une légère hyperhémie de la muqueuse de la caisse : insufflation d'acide borique ; dessiccation au bout de quelques jours.

L'examen microscopique donne les résultats suivants : tissu conjonctif à mailles fines parsemé de nombreuses cellules rondes, de polynucléaires et de lymphocytes. On trouve également une perle épithéliale et quelques cellules de caractère épithélial en amas.

Il s'agit donc d'un fragment de tissu adénoïde. Kronenberg rappelle que les otites consécutives à l'adénotomie résultent de la migration de mucus dans la trompe, peut-être de sang, peut-être de parcelles de tissu.

Les corps étrangers d'un certain volume qui pénètrent dans l'ostium tubaire, sont en général, au milieu de douleurs intenses, rejetés dans le cavum par les contractions des muscles salpingiens. On a bien signalé la pénétration de particules alimentaires lors des efforts de vomissements, de fragments de bougies, de fragments d'épis de blé, etc., etc.

Et cependant, l'auteur fait remarquer que, dans son cas, le fragment de tissu était d'un certain volume : dans son plus grand diamètre, il mesurait 3 1/2 à 4 millim. Cela semble extraordinaire, quand on pense à la résistance qu'offre l'embouchure de la trompe à la pénétration de corps étrangers plus petits.

D'après l'auteur, il ne s'agissait pas ici d'une oreille normale, ni d'une trompe normale probablement. Peut-être la scarlatine et l'otite consécutive ont-elles provoqué des processus de régression dans les tissus salpingiens. On connaît peu l'anatomie pathologique de la trompe au cours de la diphtérie et de la scarlatine ; il est permis de supposer que la trompe d'Eustache, constituant la voie de propagation auriculaire de l'infection, est lésée sérieusement dans ces cas.

L'auteur insiste surtout sur l'absence de symptômes qui existait

dans son cas : le corps étranger put progresser sans douleur et rester cinq jours dans la caisse, sans provoquer de symptômes, si ce n'est une légère irritation de la muqueuse.

Kronenberg recommande de pratiquer la rhinoscopie postérieure chez les enfants au cours des exanthèmes et autres infections.

Maurice Bloch (de Paris).

Pathologie de l'amygdale palatine, par James A. Babbit, de Philadelphie (*Annals of otology, rhinology and laryngology*, décembre 1907).

Cette étude comprend très rapidement esquissées :

1° une courte revue des notions anatomiques et histologiques pratiquement essentielles;

2° la classification et la description des états pathologiques de l'amygdale;

3° les conséquences sur le naso-pharynx de l'hypertrophie amygdalienne;

4° les conséquences physiologiques de cette hypertrophie sur le métabolisme général;

5° l'étude comparative des modifications causées par l'hypertrophie amygdalienne aux différents âges.

J.-E. Mathieu (de Challes-Hyères).

Papillome de l'amygdale, par Philip (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 23 août 1908).

Présentation d'un papillome de l'amygdale. Ces tumeurs peu fréquentes sont bénignes et souvent multiples et c'est par hasard qu'on les découvre. La tumeur présentée était unique, grosse comme un pois et siégeait sur l'amygdale droite. Elle a l'aspect classique d'un chou-fleur.

R. Beausoleil (de Bordeaux).

Sur la question des opérations pour tumeurs naso-pharyngiennes, par F. Kobylinsky (Soc. de chirurgie de Saint-Pétersbourg, in *Praktitcheski Vratch*, n° 2, 12 janvier 1908).

Les préparations de l'auteur montrent que les sarcomes et les fibromes naso-pharyngiens prennent naissance souvent du périoste épaissi de la base du crâne. Il est fréquent d'observer ces tumeurs dans l'adolescence. La propagation se fait, directement, à travers les orifices, dans les fosses nasales, ou vers la fosse ptérygoïdienne, etc.

Les hémorragies sont un symptôme fréquent.

L'intervention opératoire peut être de deux sortes : 1° conservative (palliative) et 2° radicale. Les opérations radicales se divisent en 3 groupes : Opérations sur la région du nez (résection de Ollé, procédés de Chassaignac, de Bruns et de Langenbeck. C'est ce dernier procédé qui est le plus employé car il donne la meilleure voie d'accès vers la tumeur);

Opérations sur le palais mou et osseux (procédés de Nélaton, de Mintz-Mikoulitz, etc.);

Opérations sur le palais et le maxillaire supérieur (Kocher, etc.).

L'auteur, comparant les procédés opératoires sur la région nasale et ceux sur le palais donne sa préférence aux premiers, car ils permettent d'arriver au point d'implantation de la tumeur, offrent un plus vaste champ d'action, permettent de pratiquer les résections temporelles et les opérations en deux interventions successives, ne provoquent pas de troubles fonctionnels et ne gênent pas notablement la respiration.

Malheureusement toutes les opérations radicales sont accompagnées d'abondantes hémorragies. Ainsi, à la clinique de Saint-Pétersbourg, sur 16 malades opérés, 2 sont morts par suite d'hémorragie. Par suite, chez les malades âgés de plus de 23 ans, il est préférable de faire des interventions conservatrices (palliatives), c'est-à-dire l'électrolyse, les cautérisations, les tamponnements.

M. DE KERVILY (de Paris).

Nouvelle méthode opératoire plastique par les oblitérations du naso-pharynx, par MALJUTIN, de Moscou (*Arch. f. laryngol. de Fränkel*, vol. 21, t. Ier).

Ces oblitérations complètes sont congénitales ou syphilitiques. La difficulté de leur cure, dans ce dernier cas surtout, réside dans ce fait que le tissu de cicatrice a une tendance invincible à se reformer, malgré l'introduction de tampons et de drains.

Dans un cas personnel, l'auteur échoua une première fois avec ces moyens ordinaires, et il eut l'idée, dans une seconde tentative qui fut couronnée de succès, d'aviver la face postérieure de la luette qui, retournée, fut appliquée sur la surface curetée du dos de voile.

Il conseille dans les cas d'absence totale du voile, d'utiliser, pour cette plastique, une portion du palais mou. P. DELOBEL (de Lille).

L'exclusion des voies respiratoires dans l'ablation du cancer du voile du pharynx et de la bouche, par DURAND (*Lyon médical*, 29 septembre 1907).

La mortalité est encore très considérable par suite de la bronchopneumonie, 1/5 environ ; aussi depuis Laugenbeck (1880) tous les auteurs ont cherché à réaliser l'exclusion des voies respiratoires car la trachéotomie seule ne réalise pas cette exclusion. L'auteur préconise le tamponnement méthodique du larynx à la gaze après laryngotomie ; il l'a essayé trois fois. L'exclusion par les voies respiratoires peut se faire, soit par les voies naturelles, par tubage; soit, par trachéotomie aidée de différents procédés : canule-tampon, abouchement de la trachée à la peau, laryngotomie et tamponnement laryngien sustrachéal à la gaze. L'auteur rejette l'adossement de la trachée à la peau, opération grave quand le larynx doit être conservé, et qui lui a donné une mort. Il préfère le tamponnement suscanulaire qui peut se faire de bas en haut par l'orifice trachéal, de haut en bas par manœuvre laryngoscopique et aussi par le tamponnement laryngien après la laryngotomie. C'est le procédé qu'il préfère et qu'il a utilisé :

1re opération : laryngotomie intercrico-tyroïdienne, sous anesthésie

générale légère ou locale cocaïnique. La guérison est bien plus rapide et la suppuration trachéale presque nulle. L'incision cutanée doit être très minime.

2e *opération* : 8 jours après la trachéotomie. 1er temps : *abord et isolement de la tumeur et des ganglions* sans ablation de la tumeur trachéale, obturation de la plaie par de la gaze ; anesthésie par les voies naturelles on attaque le ganglion, et toute la tumeur par la voie cervicale, sans ouvrir les voix respiratoires et digestives.

2me temps : *exclusion des voies respiratoires*, ablation du tampon trachéal, laryngotomie classique, tamponnement du larynx après avoir mis au-dessous la canule de Trendelenbourg débarrassée de son tampon de caoutchouc. mais munie du tube et de l'entonnoir spécial pour l'anesthésie. L'anesthésie au Billroth se fait alors par la canule, tamponnement du larynx à la Michulicz avec de la gaze enfermée dans une petite compresse. La laryngotomie et le tamponnement demandent quelques minutes seulement.

3me temps : *Ablation de la tumeur comme une pharyngectomie* ordinaire. Pas une goutte de sang ne passe dans la trachée. Comme l'auteur a vu un de ses malades asphyxié par hémorragie quelques minutes après l'opération, il enlève le tamponnement et la canule au bout de deux jours au minimum. Dans les cas graves, l'auteur et M. Laroyenne préfèrent laisser le tampon plus longtemps jusqu'à ce que la plaie opératoire n'ait plus mauvais aspect.

Dans un cas l'état général devenait mauvais sitôt le tampon enlevé, pour redevenir bon après la remise en place du tampon. L'auteur a employé cette très intéressante méthode dans trois cas :

1er cas : Cancer du pharynx avec propagation à la base du crâne reconnue inopérable pendant l'opération.

2me cas : Ablation de l'amygdale, des piliers, de la moitié du voile et d'une partie de la langue.

3me cas : Ablation de la plus grande partie de la paroi postérieure du pharynx.

La respiration et l'anesthésie sont faciles ; comme les produits septiques ne tombent pas dans le larynx, la température n'a jamais dépassé 38,2. L'auteur croit pourtant qu'avec une technique plus sûre on pourrait introduire le tamponnement du larynx par les voies naturelles ou la plaie trachéale, c'est d'ailleurs une méthode qui a été employée par d'autres auteurs, notamment par Piéniazeck et nous la croyons pratique, car nous l'avons déjà employée par l'orifice trachéal. Sargnon (de Lyon).

V. — *BOUCHE*

Actinomycose sous-maxillaire, par Alamartine (Société de sciences médicales, 11 décembre 1907, In *Lyon médical*, 19 janvier 1908).

Homme 49 ans, mineur. On a parfois rencontré l'actinomycos

chez des mineurs. Comme traitement on fera un traitement chirurgical combiné à l'iodure. Dans un cas Durand a obtenu un succès en opérant un actinomycose localisée en réunissant la plaie par première intention. SARGNON (de Lyon).

Relation d'un cas de fibromyxome du maxillaire supérieur gauche, comprenant le bord alvéolaire, le plancher, les parois antérieures et postérieures de cet os. Durée 6 ans, par W.-H. HASKIN, de New-York (*Annals of otology, rhinology*, etc., décembre 1908).

Après l'observation clinique et histologique du cas qui lui est personnel et qui est résumé dans le titre, l'auteur insiste sur la rareté de cette affection et sur la part très minime, lorsque même elle existe, qu'on lui accorde dans les traités qu'il a consultés. Il termine en citant un passage d'une étude des docteurs Bryant et Buck qui ont donné une bonne description anatomopathologique des fibromyxomes mais ont laissé dans l'ombre les notions cliniques concernant cette tumeur bénigne mais récidivante.

J.-E. MATHIEU (de Challes-Hyères).

Contribution à la connaissance des tumeurs amyloïdes de la langue, par HELLER, de Brünn (*Wiener klin. Wochenschrift*, 1er octobre 1908).

A l'autopsie d'un septuagénaire mort d'emphysème du poumon, on trouva derrière la série des papilles caliciformes, de chaque côté de la ligne médiane, deux tumeurs sphériques : la gauche du volume d'une cerise, la droite du volume d'une noix. Elles semblaient recouvertes de muqueuse normale, mobile. Sur la coupe, elles sont formées d'une masse blanc-jaunâtre, assez consistante, homogène, dont l'intérieur présente des parties dures comme de l'os.

L'examen histologique révéla leur nature amyloïde. L'impression qui découle de l'image microscopique de ce cas, c'est qu'ici il ne s'agit point de transformation amyloïde d'une vraie tumeur, mais bien d'amas amyloïdes locaux formant une tumeur particulière. Quant à la formation de ceux-ci, on reste, dans le cas en question, dans l'incertitude, tout point de repère manquant pour une explication (syphilis, inflammation quelconque). MENIER (de Figeac).

VI. — AUDITION, SURDI-MUTITÉ

Contribution à la connaissance de la surdi-mutité dégénérative héréditaire. Sur un lien probable entre la « surdité héréditaire » et l' « ataxie héréditaire », par V. HAMMERSCHLAG (*Zeitschrif. f. Ohrenh. u. f. d. Krankh. d. Luftw.*, juillet 1908. LVI Bd. 2 hft. pp. 126-138).

L'auteur continue ses recherches cliniques sur ce sujet commencées dans la *Zeitschrift. f. Ohrenheilk.*, Bd. 45, p. 329 et poursuivies dans

Bd. 47, p. 147 et p. 381 ; Bd. 50, p. 87 ; Bd. 54, p. 18. Il rapporte ici un cas qui montre d'une façon remarquablement frappante presque tous les signes concomittants connus jusqu'ici de la surdité dégénérative héréditaire. L'enfant est un garçon âgé de 14 ans qui n'offre dans ses antécédents familiaux aucun point d'appui sur lequel on pût étayer le diagnostic : *surdité héréditaire* ; il ne sort pas d'une union consanguine et il n'existe pas un cas de surdi-mutité dans ses ascendants directs ni indirects. Mais il a des yeux bleu clair avec *nystagmus rotatoire* (par suite d'amblyopie congénitale) ; *la papille est albinotique à un degré moyen. Son front est étroit, son maxillaire supérieur est proéminent, son palais remarquablement excavé. La descente du testicule gauche* (symptôme fréquent chez les enfants héréditairement sourds-muets, Hammerschlag) *ne se fit pas avant l'âge de 11 ans.* Il existe de l'*albinisme partiel* : de l'occiput au front court sagitalement une bande de cheveux blancs large d'environ trois travers de doigts. L'enfant est atteint d'*imbécillité* assez prononcée. Examen nerveux fonctionnel : réflexe patellaire très faible, manquant même complètement à droite. Réflexe achiléen normal des deux côtés. *Ataxie* très nette des extrémités supérieures ; la marche est incertaine et les jambes écartées, le corps vacillant en avant et en arrière, à droite et à gauche ; déviation fréquente à droite ou à gauche ; dans la station debout le corps vacille également. *La marche lente semble plus difficile que la course*, symptôme décrit dans l'ataxie cérébelleuse par les neurologistes français sous le nom d' « équilibre de vélocipède ».

D'après l'auteur, malgré l'anamnèse familiale négative, tous ces symptômes font de cet enfant un *sourd-muet dégénératif héréditaire*, car sa surdité est congénitale ainsi que son albinisme partiel et sa faiblesse intellectuelle. La forme de l'ataxie, le nystagmus et l'affaiblissement prononcé et même le manque de réflexe patellaire parle en faveur du diagnostic : *maladie de Friedreich*.

Contre la *syphilis cérébrale* plaident l'absence d'histoire de syphilis dans la famille, la mère n'ayant jamais eu de fausses couches sur 7 enfants, ainsi que l'absence de tout stigmate hérédo-syphilitique chez l'enfant lui-même.

Contre la *sclérose en plaques* plaident la diminution du réflexe patellaire, la forme de l'ataxie, l'absence de phénomènes spastiques et surtout le début précoce de l'affection chez notre sujet : le début de la sclérose en plaques tombant habituellement dans la deuxième décade.

Deux symptômes qui se voient très souvent dans la maladie de Friedreich, manquent cependant chez le sujet en question ce sont le pied-bot *varus-équin* et l'extension exagérée du gros orteil (symptôme de Rütimeyer). La maladie de Freidreich n'est d'ailleurs plus considérée aujourd'hui comme une entité nosologique (Seiffer, Bäumlin, Oppenheim, Heubner, Zappert, Nonne, Linde, Veraguth, Raymond) et on ne peut plus la séparer facilement de l' « hérédo-ataxie cérébelleuse » de Marie, ni des diverses maladies endogènes

du système nerveux central (*atrophie* du cervelet (Menzel), *aplasie* du cervelet (Nonne). Ce sont tous des *ataxies héréditaires* d'après différents types, et dans le cas de notre sujet, l'auteur fait le diagnostic d'*ataxie héréditaire* (plus selon le type de Friedreich).

D'après l'auteur, on pourrait *à priori* admettre qu'il existe chez son malade un lien organique entre la surdité héréditaire et l'ataxie héréditaire et non une simple coïncidence, car ces deux états appartiennent aux maladies familiales par excellence. De plus nous savons que la surdité héréditaire s'allie avec d'autres maladies héréditaires, comme celles des yeux, par exemple ; les diverses formes de strabisme et les anomalies congénitales de la réfraction ne sont pas rares et d'autre part le strabisme accompagne souvent l'ataxie héréditaire. Aussi d'autres symptômes congénitaux accompagnent les deux états pathologiques, comme par exemple le *cryptorchisme*. L'imbécillité est fréquente également dans les deux états.

C.-J. Koenig (de Paris).

Les degrés de surdité dans les perforations du tympan, par Suné y Molist (*Gaceta Médica Catalana*, mars et avril 1908).

Il est de croyance vulgaire que la perforation ou la rupture du tympan doit entraîner la perte totale de l'audition ; nous savons sans aucun doute qu'il n'en est absolument rien et que l'on ne perd qu'un certain degré d'acuité en relation avec l'extension et la nature de la perforation.

L'intéressant travail de Suné fait cette étude d'une façon tout à fait méthodique et complète.

Il divise les perforations en deux groupes : traumatiques et non traumatiques.

Parmi les traumatiques se trouvent celles produites par des instruments coupants ou piquants, par des corps étrangers, et par augmentation de pression, soit centripète (coups sur l'oreille, détonations, etc.), soit centrifuge (éternuements, efforts, Valsalva, etc.).

1° Perforations par instruments (épingles, fourchettes, pointes de métal, cure-dents, etc). Si l'instrument se borne à perforer le tympan, la surdité est légère (Montre = 80 à 90 centimètres) et passagère ; elle se guérit facilement, si on prend garde à ce que la plaie ne s'infecte pas. Si l'instrument a pénétré plus profondément, il peut, suivant sa direction, blesser le promontoire (bruits violents et un peu de vertige en plus de la douleur), le canal semi-circulaire horizontal (vertiges plus accentués), ou l'aqueduc de Fallope (paralysie plus ou moins prononcée) ; la surdité est plus forte, mais cependant curable.

Perforations par corps étrangers. — Elles tiennent plus aux manœuvres d'extraction aveugles qu'au corps étranger proprement dit. et la surdité est due à la pénétration de ce dernier dans la caisse avec symptômes inflammatoires et infectieux, parfois d'une extraordinaire gravité.

Parmi ce genre de corps étrangers, il faut mentionner spécialement la cire fondue qu'emploie quelquefois le vulgaire pour soulager les douleurs d'oreilles : la perforation se produit par brûlure et l'extraction, quand la cire a pénétré dans la caisse, est difficile et très douloureuse.

Corps étrangers vivants. — Il n'y en a presque pas qui produise une perforation ; les troubles occasionnés se limitent, en général, à de l'otite externe ; il faut en excepter les larves de mouches, mais quand celles-ci y déposent leurs œufs, c'est qu'elles sont attirées par un état de suppuration et la perforation préexistait généralement.

Rupture par pression centripète. — Un soufflet, une détonation ont coutume de produire une rupture en forme de fissure localisée en général dans le quart antéro-supérieur. Guérison spontanée. La surdité permanente que l'on a observée, dans certains cas de détonation, est due, non à la rupture du tympan, mais à une hémorragie labyrinthique, lésion dont la guérison est difficile.

Suivant les observations de l'auteur, pour que la pression lente fasse rompre le tympan, il faut qu'elle soit supérieure à deux atmosphères. Si l'accident ne se renouvelle pas, la surdité disparaît, mais s'il s'agit d'ouvriers (mineurs, plongeurs, etc.), la mobilité du tympan se perd peu à peu et la surdité devient permanente.

Une autre cause de rupture du tympan par pression centripète consiste à plonger dans l'eau, la tête la première, d'une grande hauteur. Au processus mécanique, on doit ajouter, dans ce cas, l'entrée dans la caisse d'eau froide et remplie d'impuretés et les suites proviennent plutôt de l'infection que de la rupture.

Rupture par pression centrifuge. — Les violents accès de toux, les vomissements, le Valsalva, le massage du tympan sont rarement la cause de ruptures du tympan.

En résumé, les perforations traumatiques guérissent facilement et spontanément ; il faut simplement avoir soin de maintenir le conduit aseptique ; et la surdité qu'elles occasionnent dure peu de temps.

Perforations non traumatiques. — Elles peuvent être humides et sèches. Les perforations humides sont celles qui sont occasionnées par les suppurations de la caisse et le degré de surdité qui les accompagne dépend de la lésion de la chaîne. Les petites produisent habituellement plus de surdité que les grandes, car dans ces dernières, les ondes sonores peuvent être perçues directement par le promontoire ou par la fenêtre ronde, tandis que dans les premières le drainage défectueux favorise la formation de fongosités et d'adhérences qui immobilisent tout. Pour cette même raison de difficulté du drainage, sont particulièrement dangereuses pour l'audition, les perforations de la membrane flaccide.

Les perforations sèches sont plutôt des ex-perforations ou des perforations consécutives à des processus suppuratifs guéris; il y a, dans ces cas, un degré plus ou moins grand d'adhérence du tympan à la caisse, avec immobilité consécutive de la chaîne ; il en résulte

qu'une perforation guérie entraîne plus de surdité que lorsque le processus suppuratif se maintient.

De l'étude qui précède, on peut tirer la conclusion suivante :

Les perforations qui arrivent à causer une surdité absolue sont rares ; en revanche, il y en a beaucoup qui exposent l'oreille moyenne et ses cavités accessoires à de graves dangers au point de vue cérébral et au point de vue de l'intégrité auditive future.

E. Botella (de Madrid

VII. — ORTHOPHONIE

Contribution à l'étude du mécanisme de la voix de poitrine et de la voix de fausset, par Fischer et Möller (*Monats. f. Ohrenh.* XLII Jahrg., 8 Heft).

Pour établir quel était le rôle des différents muscles dans la production de la voix de poitrine et de la voix de fausset, les auteurs ont mis à contribution les rayons Röntgen ; ils avaient précédemment établi que le crico-thyroïdien était le régulateur de la hauteur des sons et que plus le son était élevé, plus petit était l'espace crico-thyroïdien ; ils sont arrivés à la conclusion que dans la voix de fausset le cricoïde s'approche davantage du thyroïde que dans la voix de poitrine, à condition que la hauteur du son reste la même ; ils estiment que dans la voix de poitrine tous les muscles du larynx entrent en activité ; le crico-thyroïdien produit par ses différentes contractions les différents sons, mais à son action s'ajoute celle de tous les muscles internes, qui règlent l'adduction des cordes vocales ; dans la voix de fausset, c'est le crico-thyroïdien qui détermine la hauteur des sons, les muscles internes restant presque inactifs.

Ce rôle est-il accompli par une contraction active plus ou moins énergique du muscle lui-même ou par une diminution de l'activité des muscles antagonistes, c'est ce que des recherches ultérieures décideront. Amédée Pugnat (de Genève).

Les troubles de la voix dans les diverses affections de l'état général, par W. Wells, de Washington (*The Virginia medical Semi-Monthly*, 11 septembre 1908).

L'auteur étudie les modifications de la voix dans les diverses nationalités, aux différents âges, sous l'influence des vêtements (corset serré amenant une perte de la puissance vocale), dans les différents milieux (fumées, poussières, vapeurs nuisibles).

Les intoxications (alcool, tabac), les états morbides : anémie, chlorose, malaria, tuberculose, syphilis, les maladies infectieuses accompagnées de troubles catarrhaux des voies aériennes (fièvre typhoïde, rougeole, scarlatine, diphtérie, influenza) amènent des troubles vocaux ; dans l'influenza, ceux-ci sont dus à la participation des sinus. Dans le choléra, la voix est comme perdue (déshydratation du

tissu musculaire des cordes). Les affections nerveuses les plus diverses, qu'elles affectent ou non les centres vocaux, l'origine ou le trajet du pneumogastrique, ont une influence sur la voix.

Les affections cardiaques prédisposent aussi aux troubles vocaux ; la question a été étudiée en détail par Oertner.

On connaît la relation des organes sexuels avec la tonalité de la voix, l'influence de la castration, de la ménopause et de la grossesse. L'auteur passe en revue tous ces divers facteurs qui sont inconnus aux profanes, bien souvent ignorés par les professeurs de chant, et dédaignés parfois par les médecins, malgré leur importance surtout au point de vue de la culture professionnelle de la voix.

MENIER (de Figeac).

Les points essentiels dans la production de la voix par HUDSON MAKUEN, de Philadelphie (*New-York med. Journal*, 5 septembre 1908).

L'auteur ne vise pas à donner une théorie nouvelle : il se contente de rappeler l'anatomie, la physiologie et la psychologie de la production de la parole. Les conditions essentielles sont une structure normale des organes, l'absence de gêne pathologique (irrégularités dentaires, alvéolaires, palatines, hypertrophie amygdalienne, obstruction nasale ; tumeurs cérébrales) ; il faut de plus une coordination parfaite de chaque mécanisme en particulier et une coordination parfaite aussi des mécanismes entre eux ; enfin un automatisme complet de la musculature de phonation et d'articulation qui dépendra surtout du développement et de l'entraînement psychophysiques.

MENIER (de Figeac).

VIII. — TRACHÉE, CORPS THYROÏDE, ŒSOPHAGE

Périchondrite trachéale d'origine grippale, par PIÉTRI (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 1er novembre 1908).

Présentation d'un malade en voie de convalescence d'une périchondrite trachéale post-grippale. Ce malade éprouva il y a quelques jours une dysphagie très intense rendant très pénible le moindre mouvement de déglutition. Douleur vive au niveau de la région cervicale antérieure. Tuméfaction au niveau du thyroïde. L'examen laryngoscopique douloureux montre une muqueuse très rouge, légèrement tuméfiée, particulièrement au niveau des premiers anneaux de la trachée. Les cordes sont rouges et paresseuses. On prescrit fumigations et pansements humides autour du cou. Disparition rapide des accidents.

La périchondrite trachéale rencontrée au cours des fièvres éruptives doit être traitée rapidement à cause des complications qui peuvent survenir (abcès intra et périlaryngien, phlegmon cervical). Si ce traitement médical ne suffit pas à arrêter l'infection, s'il se forme une collection purulente, on aura recours au traitement chi-

rurgical sans attendre que l'état général du sujet soit altéré et qu'il rende toute intervention sinon inutile, du moins dangereuse.

R. Beausoleil (de Bordeaux).

Autoplastie trachéale, par von Saar (*Festschrift für* Prof. H. Chiari, 1908).

S'appuyant sur un cas de la clinique de von Eiselsberg dans lequel un goitre atteint de tumeur maligne ne put être enlevé qu'après résection d'une partie de la trachée (4 cent.), l'auteur s'occupe des diverses méthodes de plastique trachéale et arrive au résultat suivant : la méthode ostéoplastique (lambeau cutané avec noyau ostéopériosté pris sur le manche du sternum), employée dans le cas en question, donne les meilleurs effets. (L'article se termine par une bibliographie très complète). R. Imhofer (de Prague).

Extraction d'une fève de la bronche gauche par le bronchoscope, par Cohen, de Mullheim (*Deutsche mediz. Wochenschrift*, n° 49, 1908).

Le titre indique la teneur de l'article. Schœnemann (de Berne).

Nanisme et crétinisme d'origine thyroïdienne sans myxœdème, par Commandeur et Trillat (Société des sciences médicales de Lyon, 20 mars 1907, in *Lyon médical*, 30 juin 1907).

La malade avait en outre un bassin généralement rétréci avec luxation double iliaque congénitale. Opération césarienne pendant le travail. Mère et enfant vivant. Sargon (de Lyon).

Goitre calcifié, par Rocher (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 27 décembre 1908).

M. Rocher montre une malade de 56 ans présentant une saillie dans la région thyroïdienne. Cette tuméfaction serait apparue à l'âge de 25 ans et aurait subi dès lors des fluctuations de volume. Ménopause à 52 ans.

Aucun symptôme de basedowisme. Pouls 84. Pas d'arythmie. L'état mental ne présente rien de particulier.

L'examen clinique du cou démontre qu'il s'agit d'un goitre latéral gauche calcifié. La tuméfaction, du volume d'une noix, est dure, irrégulière ; sa consistance est caractéristique. La trachée est refoulée à droite de la ligne médiane sous le sterno-cléido-mastoïdien droit. Le déjettement n'est point en rapport avec la grosseur actuelle du goitre, mais il est probablement contemporain d'un état de volume plus grand antérieur à la calcification. Pas de signes appréciables de compression du nerf récurrent gauche.

R. Beausoleil (de Bordeaux).

Contribution à la pathologie de la muqueuse œsophagienne, par Lindemann (*Virchows Archiv.*, 1er août 1908).

L'auteur, dans une brève discussion, passe en revue toutes les théories établies pour expliquer les îlots de muqueuse gastrique qu'on trouve parfois dans la muqueuse de l'œsophage. D'après lui,

il y aurait là un phénomène inflammatoire analogue à ce qui se passe dans l'érosion de la portion cardiaque de l'œsophage (élimination des couches supérieures de l'épithélium pavimenteux par suite de macération provoquée par les sécrétions).

Il s'occupe enfin de la pachydermie œsophagienne dans laquelle il voit un phénomène régressif dû à l'âge, aux maladies de l'estomac et du foie. MENIER (de Figeac).

De l'extraction par l'œsophagoscopie de plusieurs corps étrangers enclavés dans l'œsophage (arête, dentier, bouton de corozo), par GUISEZ (*Journal des Praticiens*, 6 juin 1908).

Après avoir rapporté trois observations récentes d'extraction de corps étrangers enclavés ou irréguliers, l'auteur rappelle que l'œsophagoscopie permet bien plus sûrement que les autres méthodes de fixer exactement le siège des corps étrangers. Sans doute, les rayons X donnent parfois des résultats, mais l'ombre du corps étranger peut être couverte par celle de la colonne vertébrale ou celle du cœur. Certains corps étrangers (arête, dentier en gutta, bouton de corozo) ne donnent pas d'ombre sur l'écran; d'autres corps se déplacent d'un moment à l'autre de l'examen, de sorte que l'on peut, sur la fin de la radiographie, les chercher ailleurs qu'ils ne sont après déplacement.

En permettant de voir comment est située le corps étranger, l'œsophagoscopie permet de le mobiliser et de l'extraire. A ce sujet, l'auteur fait observer que, dans les trois observations précitées, le corps étranger était enclavé dans une portion du conduit. Cet enclavement est dû, pour une part, au volume et aux aspérités du corps étranger; mais l'élément primordial est le spasme de l'œsophage. Il en résulte que la cocaïnisation du conduit, pratiquée par la lumière de l'œsophagoscope, fait cesser le spasme et permet de mobiliser et d'extraire le corps étranger. Dans l'observation du dentier, l'auteur a dû faire une véritable version du corps étranger pour l'extraire sans inconvénient.

L'œsophagoscopie enfin, ne présente aucun danger pour qui sait manier les instruments, à la condition de n'agir que sous le contrôle de la vue. Elle constitue donc la méthode de choix dans l'extraction des corps étrangers de l'œsophage, aussi bien au point de vue diagnostic que thérapeutique. A. PERRETIÈRE (de Lyon).

Monnaie ancienne d'un cuarto extraite par œsophagoscopie, par TAPIA (*El siglo médico*, juin 1907).

Enfant de trois ans et demi, qui, en jouant, avala une pièce de monnaie de un cuarto. Court accès de suffocation et vomissements persistants. Le médecin de son pays lui administra de l'huile de ricin et le sonda sans résultat. La déglutition devint difficile ; l'enfant ne pouvait plus prendre que de petites quantités de lait qui provoquaient de la douleur.

La radioscopie montre la monnaie au niveau de la fourchette sternale.

Sous anesthésie chloroformique, on fait une œsophagoscopie, et la monnaie est extraite du premier coup. Pas de suites.

E. Botella (de Madrid).

Traitement des rétrécissements cicatriciels de l'œsophage par le bougirage rétrograde sans fin, en employant des tubes coniques, par Lieblein, de Prague, (*Deutsche med. Wochenschrift*, 24 septembre 1908).

Dans deux cas de brûlures par acide sulfurique, la sténose ne laissait pas passer la plus fine sonde. Gastrotomie par le procédé de Hacker ; puis on fait déglutir une balle de plomb fixée à un fil de soie ; au bout de quelques jours, on peut l'attirer au dehors par la fistule gastrique. On remplace le fil par un ruban de soie qui sert à conduire le tube conique. Puis, bougirage par la bouche. Depuis 1900, le succès se maintient ; on passe les nos 13 et 9.

Dans le troisième cas (alcali caustique) la méthode à la balle de plomb échoua. On introduisit par la bouche, dans la narcose, une corde de violon, qu'on amena au dehors par la fistule gastrique, pratiquée deux ans auparavant ; le cathétérisme rétrograde fut rendu possible.

Lieblein considère cette méthode comme la plus sûre et la meilleure et lui donne la préférence sur l'œsophagotomie externe ou combinée.

Menier (de Figeac).

IX. — THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE

Nouveau traitement de l'asthme bronchique, par Gimzel, de Soden (*Berlin. klin. Wochenschrift*, n° 45, 1908).

L'auteur recommande l'application du courant électrique galvanique interrompu. L'électrode positive est appliquée aux parties latérales du cou. Description de l'appareil construit par l'auteur.

Schœnemann (de Berne).

Le bioxyde d'hydrogène en ototherapie, par Forns (*Revista de Especialidades*, juillet 1907).

Notre distingué ami considère l'eau oxygénée comme le meilleur et le plus pratique des antiseptiques employés en thérapeutique otologique et grâce auquel on peut être maître des otorrhées chroniques fétides invétérées.

Il signale les inconvénients que présente l'eau oxygénée telle que la fournit le commerce et conseille la concentration à 12 volumes, et un produit parfaitement neutralisé. Il cite un cas où, employée sans ces précautions, sa première application produisit une brûlure des parois du méat avec chute de l'épiderme du conduit et otite très aiguë.

Il faudra également s'assurer qu'elle est récente, car elle se décom-

pose avec facilité, perd son oxygène et finit par n'être plus qu'une eau plus ou moins acidulée.

La technique recommandée par Forns consiste en grands lavages à l'eau bouillie et bain local d'eau oxygénée d'une durée de deux à cinq minutes ; on doit le renouveler s'il se produit une grande effervescence. E. Botella (de Madrid).

Sur la paraffine pour les prothèses, par S. Stein, de Copenhague (*Berliner klin. Wochenschrift*, 17 août 1908).

L'auteur indique 5 méthodes pour déterminer le point de fusion exact. La plus simple et la plus sûre consiste à plonger un anneau en fil métallique dans la paraffine en fusion ; on le retire aussitôt. La membrane de paraffine ainsi obtenue est placé dans de l'eau chaude dont on augmente graduellement la température.

Pour les prothèses sous-cutanées, ne pas employer de paraffine fondue avec de la vaseline, car on ne peut déterminer le point de fusion exact de tels mélanges. En employant la méthode ci-dessus, on pourra utiliser sans crainte de la paraffine dont le point de fusion est inférieur à 50°. Menier (de Figeac).

De la méthode conservatrice dans le traitement de certaines affections du nez et des oreilles, par Harry L. Myers, de Norfolk (*Annals of otology, rhinology and laryngology*, 1908).

L'auteur constate avec satisfaction une tendance chez le spécialiste à être moins interventionniste.

Pour le sinus maxillaire en particulier, il estime qu'on ne devrait recourir à l'opération radicale que lorsque ses parois sont manifestement nécrosées. Les lavages diaméatiques réussissent le plus souvent ; si l'ostium est obstrué, on est autorisé à supprimer l'obstacle, cornet moyen hypertrophié, déviation de la cloison, polypes ou cellules ethmoïdales malades. On doit toucher le moins possible au cornet inférieur dont la muqueuse sert à lubréfier l'air à son passage.

Bien s'assurer qu'il ne s'agit pas d'un simple empyème auquel cas il faudra tout d'abord traiter le sinus qui déverse son pus dans l'antre.

Si on a affaire à une sinusite d'origine dentaire, enlever la dent suspecte et perforer l'alvéole pour faire les lavages par cette voie. L'auteur n'emploie pas d'obturateur, laissant l'alvéole ouverte, sans en avoir constaté d'inconvénients.

Dans les sinusites frontales, il suffit généralement de réséquer la tête du cornet moyen et de bien dégager le canal naso-frontal pour que les lavages puissent être pratiqués. L'auteur estime que c'est un procédé dangereux celui qui consiste à fraiser ce canal ; tout au plus est-on autorisé à l'agrandir avec des curettes manœuvrées délicatement. S'il y a infiltration autour de l'œil et dans les parties voisines, ou si la douleur ne cède pas à ces moyens médicaux, l'opération par voie externe devient alors nécessaire.

L'auteur trouve qu'on a également abusé des résections sous-muqueuses dans les cas de déviation de la cloison. Il y a beaucoup de déviations qui ne gênent pas la respiration et auxquelles on ne devrait pas toucher ; en tout cas, on doit s'efforcer de détruire le moins possible de la cloison et recourir plus souvent à la scie.

Il en est de même dans les rhinites hypertrophiques où le galvanocautère est l'instrument de choix.

Quant à ce qui est de l'otorrhée, on ne doit pas se presser de proposer la cure radicale, à moins que le malade ne soit sujet à des poussées aiguës et qu'il ne puisse être surveillé par un spécialiste.

Si l'attique est nécrosé ou s'il y a cholestéatome, alors on est autorisé à opérer.

Mais il faut savoir que les complications intracraniennes consécutives à une suppuration de l'oreille moyenne sont relativement rares.

KERAUDREN (de Saint-Brieuc).

X. — VARIA

De la traduction des expressions cliniques en leurs équivalents histologiques dans les maladies de la gorge et du nez, par J.-L. GOODALE (*Boston médical and surgical Journal*, 7 mai 1908).

Il va de soi que cette traduction n'est possible que pour celui qui connaît l'histologie normale de la muqueuse nasopharyngienne. Goodale s'est proposé de faire pour l'étudiant un guide, une sorte de schéma qui lui permette de retrouver devant un signe clinique l'altération tissulaire équivalente. Il étudie successivement les modifications de coloration, de consistance, d'épaisseur, les qualités de la sécrétion. Cette étude est faite avec méthode et clarté. Le travail de Goodale met un peu d'ordre dans la pathologie nasale et il peut contribuer à développer chez certains l'esprit d'observation l'amour de l'étude objective de la lésion. C. BREYRE (de Liége).

Section du pneumogastrique et du sympathique, par BRINDEL (*Journ. de Medic. de Bordeaux*, 22 nov. 1908).

Présentation d'un malade qui dans un repas s'embrocha dans le couteau de son voisin. Il en résulta une hémorragie abondante et une aphonie complète. A l'examen du larynx, paralysie totale de la corde gauche et quelques troubles de la déglutition avec une blépharoptose et myosis. Il est donc probable qu'il y a eu une section du pneumogastrique. Comme il n'y a pas eu de tachycardie et qu'il existait les troubles oculaires susmentionnés, il a dû y avoir également section du sympathique. R. BEAUSOLEIL (de Bordeaux).

Sur le rôle du canal lacrymo-nasal dans l'étiologie de la dacryo-cysto-blennorrhée. Traitement de cette affection, par V. DAGUILAÏSKY (*Praktitchesky Vratch*, 1907, nos 15, 16 et 17).

La blennorrhée du sac lacrymal constitue 4 % du nombre total des affections des yeux et est due indirectement à un rétrécissement du canal lacrymo-nasal consécutif à un coryza aigu ou chronique, à un processus ulcératif (tuberculose, syphilis, etc.) ou à une néoformation (polype) qui oblitère l'orifice inférieur du canal.

Le sac lacrymal a été considéré par Aubaret comme une annexe du nez et cet auteur, en examinant le nez dans 31 cas de catarrhe chronique du sac lacrymal, a trouvé que, dans 41 % des cas, des processus atrophiques dans le nez y ont un rôle étiologique. De plus, les empyèmes des annexes et surtout ceux des cellules de l'éthmoïde sont causes de la production de la dacryo-cysto-blennorrhée. Dans la tuberculose du nez, on peut observer soit l'oblitération de l'extrémité inférieure du canal lacrymo-nasal, soit la propagation par continuité de l'ulcération tuberculeuse depuis la muqueuse du nez jusqu'au sac lacrymal.

L'auteur conclut donc qu'il est important pour l'oculiste d'avoir des notions de rhinologie. Chaque cas de dacryo-cysto-blennorrhée exige un examen détaillé du nez.

De même, les rhinologistes doivent connaître cette complication que l'on observe si souvent chez les malades atteints d'une affection du nez. L'auteur décrit 2 cas où l'affection oculaire était due à une sinusite maxillaire chronique et à un empyème des cellules antérieures du labyrinthe.

Au point de vue du traitement, lorsque le diagnostic est établi avec précision, il est nécessaire d'ouvrir une ou plusieurs des régions annexes du nez et le sac lacrymal est conservé ou bien enlevé avec l'os lacrymal s'il est atteint d'une lésion importante.

M. de Kervily (de Paris).

Un cas d'hydrocéphalie interne aiguë consécutive à une infection streptococcique du labyrinthe, par Sydney R. Scott (*Archives of Otology*, vol. XXXVII, n° 2, p. 108).

Ces manifestations se développèrent 5 à 6 jours après une trépanation mastoïdienne pour otorrhée chronique. Il n'y avait antérieurement à l'opération aucun symptôme d'infection labyrinthique. Le premier signe clinique fut le vomissement ; puis apparut une céphalalgie intense probablement due à la distension progressive des ventricules cérébraux. La mort arriva subitement et d'une façon inattendue. L'infection du labyrinthe s'est certainement propagée de la caisse au vestibule à travers la fenêtre ovale.

La présence de l'hydrocéphalie interne s'explique en général par une lésion méningée qui en l'espèce n'existait pas.

L'autopsie donne une explication de certains symptômes et est un guide rétrospectif pour les indications thérapeutiques à suivre en pareil cas. La continuation du vomissement, suivi de céphalalgie, est le signe probable d'une infection labyrinthique. Il faut accorder une certaine importance aux épreuves du diapason et de la coordination. Quand on est sûr qu'il n'existe aucune ouverture dans le canal

semi-circulaire externe, il faut de propos délibéré explorer la fenêtre ovale et la fenêtre ronde avec le stylet. Si dans le cas actuel on avait ouvert le labyrinthe et qu'on l'eût drainé effectivement, que l'on eût aussi diminué la tension des ventricules par la ponction lombaire ou par la ponction directe du cerveau, on aurait presque certainement sauvé la vie du malade. H. Massier (de Nice).

Informations.

Parmi les victimes de la catastrophe de chemin de fer survenue le 15 décembre dans la Corrèze entre Uzerche et Vigeois, se trouve le Dr Justin Lemaistre, de Limoges, bien connu des laryngologistes pour ses travaux sur les abcès de l'amygdale.

— *Bulletin international de l'Enseignement des sourds-muets* (254, rue Saint-Jacques, Paris).

Un Comité composé de professeurs appartenant à l'Institution Nationale de Paris vient de fonder un *Bulletin international de l'enseignement des sourds-muets.* Ce nouvel organe, en établissant un lien permanent entre tous les professeurs de sourds-muets et tous les surdophiles du monde entier, pourra faire progresser la pédagogie spéciale du sourd-muet beaucoup plus sûrement que ne l'ont fait jusqu'alors les congrès internationaux.

Un volume paraîtra chaque année. Il sera composé par les adhérents du *Bulletin* eux-mêmes qui sont priés de bien vouloir établir les questions soumises à leur examen. Le volume de 1909 comprendra : 1° L'exposé d'un problème scientifique et pédagogique : la lecture sur les lèvres ; 2° Une étude de bibliographie rétrospective portant sur l'ouvrage d'Ed. Walther, le célèbre maître allemand récemment décédé : *La pédagogie de l'Enseignement des sourds-muets* ; 3° Une étude de bibliographie annuelle qui contiendra l'analyse sobre, mais substantielle, de tous les ouvrages parus au cours de l'année.

Le *Bulletin* a reçu de toutes parts le plus chaleureux accueil, tant il répond à un réel besoin. Son caractère international est désormais assuré, puisqu'à cette heure il compte des adhérents appartenant à quinze nations différentes.

Les adhésions sont reçues par M. Thollon, professeur à l'Institution Nationale des sourds-muets de Paris. E. Drouot.

Nominations.

Le professeur Kümmel remplace à Heidelberg le professeur Jurasz qui est nommé professeur d'oto-laryngologie à Lemberg.

— Le sucesseur de Zaufal à Prague n'est pas Habermann, mais le prof. Piff.

— Le docteur Botella (de Madrid), par suite de ses travaux sur la chirurgie du cancer du larynx, vient de recevoir la nomination de Membre correspondant de la Royale Académie de Médecine.

ERRATA

Dans l'article du professeur Lucae (novembre-décembre 1908), il faut mettre dans la désignation (allemande) des sons (p. 681, 684 et 686) partout un petit c au lieu d'un grand C, à l'exception du grand C dans la phrase correcte : « C et contre-G n'étaient absolument pas entendus, p. 684. » De même il faut mettre, p. 685, un petit g^5, c^6, e^6 et g^6, au lieu des grands G^5 C^6, E^6 et G^6 ; plus loin un petit c^5 et g^5 et plus loin encore un petit c^4.



Phosphatine Falières. — Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée à bouche contient 25 centigrammes.

Æthone ($C^7H^{16}O^3$) sédatif puissant non toxique. Bien supérieur au bromoforme contre toux spasmodique, coqueluche, pharyngite, laryngite, bronchite chronique, etc.

« *J'ai pu me rendre compte des propriétés sédatives extrêmement puissantes qui, d'après les résultats que j'ai pu observer, est infiniment supérieur au bromoforme.* »

(Extrait des comptes rendus de la Société de Thérapeutique de Paris, séance du 25 avril 1907.)

Le Peptonate de fer Robin est le plus assimilable de tous les ferrugineux. Le prendre à la dose de 10 à 30 gouttes par repas. Admis dans les hôpitaux de Paris et des Colonies.

La Cytopasmine Ducatte, granulée à base de Damiana, phosphates de céréales et nucléine, est indiquée dans tous les cas où, *sans fatiguer le cœur*, on veut procurer à l'organisme un stimulant, utile et durable : 2 cuillerées à café au moment de chaque repas.

Pastilles Houdé à la cocaïne, dosées à 3 milligrammes. Elles sont employées avec succès pour calmer et même supprimer la douleur dans les affections de la gorge et du larynx, irritations et picotements : 8 à 10 par jour.

Les *Capsules Dartois* contiennent chacune 5 centigr. de véritable créosote de hêtre dissoute dans 20 centigr. d'huile de foie de morue. — Dose moyenne : 2 ou 3 à chaque repas contre bronchites, catarrhes, tuberculose, laryngites tuberculeuses. — Toutes pharmacies.

Salicol Dusaule, solution concentrée d'acides salicylique, borique et acétique, aromatisée aux essences de thym et de wintergreen. — Tous usages antiseptiques, gargarismes, pulvérisations, etc.

Solution d'Adrénaline Miahle au 1/1000e.

Granules de Catillon, ext. titré de strophantus ou strophantine cristallisée.

Glycérine créosotée Catillon, tonique, anticatarrhale, remplace huile de foie de morue.

Iodo-thyroïdine Catillon, bien tolérée, très active : goitre, obésité, etc.

Cérébrine, médicament spécifique de la *migraine* sous toutes ses formes. Agit spécialement contre les *névralgies faciales rebelles*, intercostales, rhumatismales, sciatiques, le vertige stomacal, et pardessus tout contre les *coliques périodiques*. Une cuillerée à soupe à tout moment d'un accès suffit. — *Eug. Fournier*, 21, rue de Saint-Pétersbourg, Paris (8e).

Chloroforme Dumouthiers. — Anesthésique chimiquement pur, renfermé en tubes scellés. Il conserve toujours sa pureté initiale.

Les *Pastilles Brunelet*, dosées à 0,002 milligr. de Cocaïne, 0 gr. 05 de Menthol, 0 gr. 06 de Borate de soude, calment la douleur dans toutes les affections de la gorge et du larynx. — Toutes les pharmacies et dépôt, 22, Rue Turbigo, Paris.

Phénosalyl Tercinet, seul Antiseptique composé approuvé par l'Académie de Médecine. Pansements; gargarismes; injections; inhalations; affections cutanées. Résultats thérapeutiques remarquables et rapides. Non toxique, soluble dans l'eau. Flacons de 125 à 250 gr. Toutes pharmacies. — Dose : Une cuillerée à soupe pour un litre d'eau tiède.

Sirop et Dragées au Protoiodure de fer de F. Gille. — Dosage : Sirop : 0 gr. 10 par cuillerée à soupe. — Dragée : 0 gr. 05 par dragée. — Posologie. — Chlorose, Anémie, Cachexie, Syphilis. — En vente dans toutes les Pharmacies. Entrepôt général, 73, rue Ste-Anne, Paris.

Le Gérant : M. Desbois.

MACON, PROTAT FRÈRES, IMPRIMEURS

TRAVAUX ORIGINAUX

I. — PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

I

DE LA SURDITÉ ET DE LA PERMÉABILITÉ NASALE CHEZ LES ENFANTS DES ÉCOLES [1]

Par **A. COURTADE**,
ancien assistant d'oto-laryngologie des hôpitaux de Paris.

Nous ne nous attarderons pas à faire ressortir l'importance qu'il y a à déceler les troubles respiratoires d'origine naso-pharyngienne et à faire le diagnostic précoce de la surdité qui, à son début, est souvent latente et, par conséquent, négligée ; cependant, l'avenir du sujet peut dépendre de ce diagnostic de la première heure.

Ces recherches ont déjà été pratiquées dans les écoles par divers auteurs et ont fourni d'excellents résultats.

Avec le concours de nos confrères et amis Butte et Gillet, médecins inspecteurs des écoles municipales de Paris, nous avons, à notre tour, examiné quatre cent soixante-quinze enfants, âgés de neuf à dix-huit ans, au point de vue de la surdité et de la perméabilité des premières voies aériennes.

Ces constatations auraient eu beaucoup moins d'intérêt, si nous n'y avions adjoint, grâce à l'aimable collaboration des professeurs, que nous ne saurions trop remercier, les notes d'école de chaque élève, suivant un tableau et une notation uniformes que nous leur avions remis.

Les modes d'examen ont varié avec les auteurs ; les uns se sont servis de la montre, d'autres de la voix pour apprécier le degré de surdité ; aussi, il nous paraît utile d'exposer la technique que nous avons suivie et qui nous a permis d'examiner une quarantaine d'enfants à chaque séance de deux heures environ.

Les enfants sont envoyés par groupe de quatre à la salle d'examen, d'après l'ordre alphabétique de leur nom ; celui qui est examiné rentre en classe et est aussitôt remplacé par l'élève suivant et ainsi de suite. Le confrère inscrit sur un registre les noms, prénoms et âge de chaque enfant, puis les indications

1. Un résumé de ce Mémoire a fait l'objet d'une Communication à l'Académie de Médecine, le 24 novembre 1908.

fournies par l'examen en signes très abrégés. Ce registre est laissé entre les mains du professeur qui y inscrit à son tour les notes dont nous parlerons plus loin.

Pour déterminer si les fosses nasales étaient libres ou non et si le sujet respirait plus ou moins par la bouche, nous avons eu recours à *notre pneumodographe* en verre ou en métal qui en quelques secondes fournit ces divers renseignements; après chaque examen, l'instrument est nettoyé avec une solution d'oxycyanure de mercure à 1/500. Le pneumodographe est placé sous le nez et contre la lèvre supérieure; après cinq ou six expirations, il ne reste plus qu'à apprécier l'étendue et la compacité des diverses taches de buée qui se sont déposées sur les plaques et de juger ainsi la quantité relative d'air qui a passé par chacun des orifices; si on voulait juger avec plus d'exactitude, il n'y aurait qu'à compter avec une montre à secondes le temps que mettent les diverses taches pour disparaître par évaporation; depuis 1901, nous avons exposé dans diverses publications les divers moyens de se servir de cet instrument, nous n'y reviendrons pas.

Cet examen permet de reconnaître si les deux fosses nasales sont exactement libres, si l'une l'est plus que l'autre et enfin si avec l'une de ces deux dispositions le sujet est obligé de recourir à la bouche pour respirer librement, pour avoir son compte d'air.

Pour déterminer l'état de l'audition, nous nous sommes servi du la_3 et de petits diapasons graves pour apprécier les cas de surdité très légère.

Le diapason mis en vibration est placé sur la ligne médiane du front et nous demandons à l'enfant : le bruit ou le son est-il plus fort dans une oreille que dans l'autre ou est-il le même, ou encore : de quel côté le bruit se fait-il entendre le plus fort ? etc.

L'épreuve de Weber permet de déceler en quelques secondes des lésions de l'appareil de transmission; s'il y a erreur dans la réponse, elle est aussitôt contrôlée et redressée par l'examen suivant qui consiste, après cessation de l'audition cranienne, à placer le diapason près du pavillon où le Weber est latéralisé et de l'y laisser jusqu'à extinction du bruit; aussitôt que l'enfant a prévenu qu'il n'entendait plus rien, l'opérateur approche le diapason de son oreille et constate si le diapason est encore perçu ou non; si le son est encore perçu, c'est que l'oreille de l'enfant près de laquelle l'instrument était placé est en déficit d'audition; si, au contraire, l'opérateur n'entend plus lui-même le diapason

après l'enfant, c'est que celui-ci a une oreille normale et que le Weber n'a pas dû être latéralisé (à moins que l'autre oreille n'ait perdu l'audition ou que les deux oreilles soient également sourdes); on en est quitte pour recommencer l'épreuve et inviter l'enfant à mieux observer.

Les cas où les réponses étaient évasives ont été rares et, toutes les fois que le Weber était latéralisé, on relevait une diminution de l'ouïe plus ou moins accusée. Il est possible, cependant, que dans l'audition aérienne certains enfants aient annoncé trop tôt la cessation du bruit et aient pu être classés dans le cas de surdité très légère; ces cas doivent être fort peu nombreux, car nous ne les notions comme tels que lorsqu'il y avait concordance de l'épreuve de Weber et de l'audition aérienne.

On comprendra que nous n'ayons pas exprimé le degré de surdité par une fraction représentant : le numérateur, la durée d'audition par l'oreille sourde et le dénominateur, la durée en secondes de l'audition de ce même instrument pour une oreille normale ; cela aurait demandé un temps beaucoup trop long pour chaque sujet.

Nous nous sommes contenté de diviser les degrés de surdité en quatre groupes : surdité très légère, surdité légère, surdité notable, surdité très notable et surdité bilatérale quand les deux oreilles avaient un défaut d'audition égal des deux côtés ou inégal ; dans ce dernier cas, nous recherchions le degré de surdité de chaque oreille.

Nous avons examiné ainsi quatre cent soixante-quinze enfants dont trois cent vingt filles et cent cinquante-cinq garçons aux mois de juin et juillet 1908, époque où il faisait très chaud et où les inflammations du nez et du pharynx sont à leur minimum de fréquence; sauf quatre à cinq cas de coryza aigu, on peut dire que chez tous les autres enfants, l'état respiratoire que nous avons constaté représentait bien leur état habituel, l'état anatomique de leurs fosses nasales, non modifié par les inflammations accidentelles, si fréquentes en hiver.

Nous ne tiendrons compte, dans les statistiques, que de quatre cents examens, parce que, pour les quarante premiers élèves, les notations scolaires n'ont pas été faites suivant un mode uniforme et que l'on peut négliger les trente-cinq cas restants afin de calculer sur un chiffre rond de centaines.

Les quatre cents élèves comprennent deux cent quarante-cinq filles et cent cinquante-cinq garçons.

Les questions que ces examens permettaient d'étudier étaient les suivantes :

1° *Fonction respiratoire des fosses nasales*;

2° *Fréquence de la surdité* ;

3° *Rapport entre la fréquence des troubles respiratoires et celle de la surdité* ;

4° *Rapport entre les notes scolaires et l'état respiratoire* ;

5° — — *et la surdité* ;

6° *Le mode respiratoire a-t-il une influence sur l'état de santé habituel ?*

1° **Fonction respiratoire des fosses nasales.** — Sur 400 cas, nous avons trouvé :

a) Respir. nasale exclusive et égale des deux côtés...	234 cas.	
b) — — — mais inégale entre les deux côtés.....	85 —	
c) — buccale partielle ou totale.....	81 —	
La resp. buccale était exclusive dans.....	1 cas	81 —
— — coïncidait avec R. nas. ég.	50 —	
— — — — — inég.	30 —	

Dans les cas où les fosses nasales étaient inégalement perméables :

La respir. était plus ample à droite qu'à gauche... 55 fois
— — — à gauche qu'à droite.... 30 —

Cette statistique montre que la respiration nasale est exclusive et égale des deux côtés dans les 3/5 des cas ; exclusive, mais inégale dans environ 1/5 et enfin que la respiration bucco-nasale existe dans 1/5 des cas.

Egalité de respiration pour les deux fosses nasales ne signifie point que ces cavités sont suffisantes pour assurer une respiration normale, car elles peuvent être obstruées au même degré par une lésion bilatérale ou par une étroitesse congénitale et physiologique pour l'individu ; c'est pour cela que l'on trouve cinquante cas où les sujets avaient une respiration nasale égale des deux côtés et ouvraient cependant la bouche pour pouvoir respirer à l'aise.

La même remarque s'applique aux cas où la respiration nasale est inégale entre les deux côtés. Dans ce dernier cas, on constate que la fosse nasale droite est deux fois plus souvent que la gauche la cavité la plus spacieuse.

Le nombre d'enfants qui respiraient peu ou prou par la bouche étaient de 81, soit 1 sur 5.

2° **État de l'audition.** — Sur 400 cas, nous avons trouvé :

Audition normale bilatérale.....	191
— anormale —	209

Ces 209 cas de surdité se divisent ainsi :

Surdité très légère 1° :	30 à droite,	30 à gauche	= 50
— légère 2° :	53	—	37	—	= 90
— notable 3° :	13	—	7	—	= 20
— très notable 4° :	4	—	0	—	= 4
— bilatérale					= 45

Si nous ne faisons pas entrer en ligne de compte les cas de *surdité très légère* unilatérale (50) ou bilatérale (10) et si nous les rangeons dans les cas d'audition normale, on obtient les chiffres :

Audition normale	251 (250)
Surdité	149 (150)

On voit que, même en négligeant les cas de surdité très légère, le nombre d'enfants qui n'ont pas l'ouïe normale est considérable ; sur huit enfants il en est trois dont l'ouïe est en déficit et cinq qui entendent normalement, soit plus de 1/3 qui sont sourds.

En ce qui concerne les cas de surdité bilatérale, nous avons dit qu'il y en avait 10 dont la surdité était très légère (1°) des deux côtés ; dans 9 cas, elle était légère (2°) des deux côtés ; dans 1, elle était notable (3°) et dans 1 très notable (4°).

Dans 7 cas, l'oreille la plus sourde avait une surdité au 2e degré.
— 12 — — — — 3e —
— 5 — — — — 4e —

On rencontre des cas où une oreille était sourde au 1er ou 2e degré et l'autre au 3e ou 4e degré ; il est inutile, croyons-nous, de donner la statistique de ces cas complexes.

3° **Rapport entre la fréquence des troubles respiratoires et celle de la surdité.** — Il y avait lieu de rechercher si les troubles de l'audition étaient plus fréquents chez les enfants atteints de troubles respiratoires que chez ceux dont la respiration était normale.

Le dépouillement de nos notes a donné le résultat suivant :

R. nasale exclusive et égale RN =	Surdité très légère..	34
	— légère.....	51
	— notable.....	11
	— très notable.	1
	— bilatérale....	19
		116
R. nasale exclusive mais inégale RN >	Surdité très légère...	10
	— légère.....	16
	— notable.....	1
	— très notable..	2
	— bilatérale....	10
		39

R. bucco-nasale	Surdité très légère...	6
	— légère.....	23
	— notable.....	8
RB-N	— très notable..	1
	— bilatérale	16
		54

Le nombre d'enfants ne respirant que par le nez, également des deux côtés, étant de 234 et le nombre de sourds parmi eux étant de 116, on voit que la proportion est d'environ 1 sur 2.

Dans les cas où une fosse nasale est plus étroite que l'autre, on trouve la proportion de 39 sur 85, soit aussi environ la moitié. Par contre, ceux qui respirent par la bouche, à un degré plus ou moins prononcé, n'étant qu'au nombre de 81, on trouve chez eux 54 sourds, soit une proportion de 5 sur 8, notablement plus élevée que dans le premier cas.

4° **Rapport entre les notes scolaires et le mode respiratoire.** — Chez certains enfants, les troubles respiratoires ont une action défavorable sur leur état intellectuel et les cas de mobilité d'esprit, d'inaptitude à l'attention, à l'étude, signalés, depuis longtemps, par Guye, sous le nom d'aprosexie nasale, sont loin d'être rares chez les enfants atteints d'obstruction nasale par végétations adénoïdes.

L'occasion se présentait de comparer l'état physiologique de la respiration avec la valeur scolaire de chaque sujet. Pour cela, il fallait que les professeurs eussent une même notation, une même cote pour que les cas fussent comparables ; sans guide, les appréciations des professeurs étaient exprimées en termes si variés qu'il était difficile de les classer ; c'est ce qui nous est arrivé pour les 40 premiers élèves.

Nous avons alors eu l'idée de remettre au professeur le tableau suivant, afin que chaque élève pût être jugé sur le même objet et avec des chiffres comparables :

Abréviations :

I = Intelligence	faible... notes	1 ou 2
	passable.....	3 — 4
	moyenne.....	5 — 6
	plus que moy..	7 — 8
	supérieure....	9 — 10

T = Travail à l'école. Mêmes degrés. Mêmes notations.

P = Progrès à l'école. — —

S = État de santé habituel : *b* = bon ; *d* = douteux ; *m* = mauvais

C. = Caractère de l'élève
- *v* = vif ou emporté
- *c* = calme, doux
- *ca* = capricieux
- *en* = entêté
- *in* = indolent.
- *ind* = indocile.

Grâce à ces abréviations, il suffit d'ajouter aux majuscules un chiffre et une minuscule pour avoir en quelques signes toutes les indications désirées. Ainsi I_4, T_6, P_6, Cc, Sb, signifient : intelligence passable, travail et progrès moyens, caractère calme, santé bonne.

Notre tableau d'*anthropométrie intellectuelle* nous semble renfermer tous les renseignements utiles à connaître pour apprécier la valeur scolaire de l'enfant; l'on peut y adjoindre telle autre indication que l'on voudra à la condition qu'elle puisse être jugée par le professeur et qu'elle n'impose pas à celui-ci un trop lourd travail supplémentaire.

Les notes qui nous ont été fournies sur chacun des élèves examinés ont-elles été données avec beaucoup d'exactitude et de soin ?

Il nous est impossible de l'affirmer et encore moins de le contrôler; nous avons cependant remarqué, dans quelques cas seulement, des anomalies ; la note Progrès est inférieure à la demi-somme de l'intelligence et du travail; or, le progrès dans les études doit, ce nous semble, être proportionnel à l'intelligence et au travail de l'élève ; elle ne peut donc être inférieure à chacune des notes de ces deux facteurs ; aussi, dans ces quelques cas, nous nous sommes permis d'élever la cote de P et de la mettre à l'unisson de T.

De plus, dans une école de filles, nous avons trouvé un nombre de *santé douteuse* bien plus élevé que la moyenne des autres classes; ce qui nous a fait soupçonner que la maîtresse a pu fournir cette annotation un peu au hasard ou avait des tendances à voir un peu en noir.

Ces réserves faites, nous sommes obligé de faire état des notes qui ont été données et telles quelles puisqu'il nous est impossible de les contrôler.

Nous avons récapitulé les notes scolaires obtenues par les élèves qui présentaient : 1° une respiration nasale normale et égale des deux côtés; 2° ceux dont la respiration n'était pas égale des deux côtés, mais qui ne respiraient que par la bouche; 3° ceux qui respiraient plus ou moins par la bouche.

Nous divisons chaque groupe en 3 classes : ceux qui ont la

note moyenne 5, ceux qui ont un chiffre inférieur à 5 et ceux qui ont une note supérieure à cette moyenne.

— 5.....	51		22		18
5 RN =	41	RN >	7	RB-N	10
+ 5.....	142		56		53
	234		85		81

Il ne semble pas qu'il y ait une différence très sensible entre les divers groupes de sujets; la proportion des mauvaises notes par rapport aux bonnes (51 à 142) est sensiblement la même pour les 3 modes de respiration.

Dans cette appréciation, il ne faut tenir compte que des écarts notables, car il faut bien avouer qu'entre les notes 5 et 6 qui représentent les deux degrés de la moyenne, les professeurs ont dû éprouver quelque embarras de fixer la note à 5 plutôt qu'à 6; et cependant les élèves passent dans une catégorie ou dans l'autre suivant que le chiffre est 5 ou 6; voilà pourquoi il ne faut pas viser à une précision mathématique dans les conclusions que l'on en tire.

5° **Rapport entre les notes scolaires et la surdité.** — Il importait de savoir si les élèves qui n'entendaient pas normalement d'une ou des deux oreilles étaient en état d'infériorité au point de vue des études et dans quelle proportion ils l'étaient.

Nous avons d'abord relevé les notes des enfants qui entendaient d'une façon normale : sur les 191 enfants, les notes obtenues étaient :

Audition normale	— 5.....	43
	5.....	25
	+ 5.....	123

Dans les cas de surdité unilatérale, pour chacun des degrés, le- notes étaient :

—5		7		23		5		2		12
5	Surdité 1°	7	Surd. 2°	17	Sur d 3°	4	Surd. 4°	0	Surd. bila .	7
+5		36		50		11		2		26

Sur les 45 cas de surdité bilatérale, il y en avait 10 au 1er degré; ces 10 élèves avaient : 2 moins de 5 et 8 plus que la moyenne 5.

L'examen de ces tableaux montre que dans les cas de surdité très légère, la proportion des élèves ayant une note inférieure à 5 est à ceux qui ont une note supérieure à ce chiffre comme 7 est à 36, soit environ 1/5; dans la surdité au 2e degré et au 3e degré, cette proportion est près de la moitié : 23 sur 50 ou 5 sur 11. Nous ferons remarquer que dans les cas d'audition normale, cette proportion est de 1/3 (43 sur 123), plus élevée par conséquent que dans la surdité au 1er degré où elle n'est que de

1/5; il est vrai que dans ce dernier cas, la statistique repose sur un moins grand nombre de cas.

Cette anomalie est-elle due à la légèreté avec laquelle on a donné les notes ou a-t-elle une autre raison? Peut-on supposer que l'enfant qui est très légèrement sourd d'un côté, est moins distrait qu'un autre par les bruits qui proviennent de ce côté et reste plus attaché à son travail? Faudrait-il supposer que la surdité est plus fréquente chez les enfants intelligents et travailleurs que chez les autres?

6° **Le mode respiratoire a-t-il une influence sur l'état de santé habituel?** — Les professeurs ont été priés de noter l'état de santé habituel de leurs élèves et de les classer dans l'un des groupes suivants : santé bonne, santé douteuse et santé mauvaise. Il est inutile de faire remarquer qu'il ne s'agit ici que de la santé apparente et non d'un diagnostic basé sur l'examen sérieux des organes essentiels. La fréquence des absences, les raisons alléguées pour les justifier, les explications des enfants ou des parents, telles sont les bases sur lesquelles ont pu s'appuyer les instituteurs et institutrices pour faire le bilan de la santé de leurs petits administrés.

Ce n'est donc qu'à titre d'indication et sous bénéfice d'inventaire que nous avons cru devoir exposer cette question.

Quoi qu'il en soit, sur les quatre cents élèves, deux cent soixante-trois sont notés comme ayant une santé bonne, cent quinze une santé douteuse et vingt-deux une santé mauvaise.

Au point de vue du mode respiratoire les deux cent soixante-trois élèves de bonne santé se répartissent ainsi :

Respiration nasale égale	163
Respiration nasale inégale	53
Respiration bucco-nasale	47

Sur les 115 de santé douteuse, on trouve :

Respiration nasale égale	60
Respiration nasale inégale	25
Respiration bucco-nasale	30

et sur les 22 de santé mauvaise :

Respiration nasale égale	11
Respiration nasale inégale	7
Respiration bucco-nasale	4

Pour mieux faire ressortir les conclusions nous allons présenter ces tableaux sous une autre forme :

	Santé bonne	Santé douteuse	Santé mauvaise.
RN=	163	60	11
RN>	53	25	7
RB-N	47	30	4

On voit que dans les cas de RN égale, le nombre de santé douteuse et mauvaise est de soixante et onze et ceux de santé bonne cent soixante-trois soit, le rapport de moins de moitié (7 sur 16) ; dans les cas de RN inégale, ce rapport est environ de trois à cinq et enfin dans les cas de respiration bucconasale, ce rapport est encore plus élevé : trente-quatre sur quarante-sept soit, un peu moins de trois quarts.

Donc, les enfants présentant une respiration bucco-nasale sont notés comme ayant une santé défectueuse dans presque les trois quarts des cas, tandis que ceux qui respirent librement par le nez, en comptent moins de moitié.

Si ces examens étaient intéressants pour nous, ils n'étaient pas inutiles aux enfants, car, lorsque nous constations de la surdité nous avions soin de prévenir ceux-ci de l'existence de ce trouble fonctionnel qui était latent et souvent méconnu, afin qu'ils puissent en aviser leurs parents et qu'ils les engageassent à les faire soigner.

Il serait à désirer, que dans les examens analogues des enfants des écoles, les confrères qui les pratiqueront, veuillent bien adopter un mode d'appréciation et de notations uniformes afin que les résultats puissent être comparables, non seulement pour le même élève à des dates éloignées, mais encore et surtout pour des pays différents ; on obtiendrait ainsi des statistiques reposant sur de très nombreux cas et qui seraient exprimées en des termes semblables.

On fera la remarque, sans doute, que nos examens sont superficiels et par conséquent très incomplets puisque nous n'indiquons pas la nature de l'affection qui produisait la surdité ou les troubles respiratoires.

A cela nous répondrons que nos explorations n'ont pas été poussées plus loin pour plusieurs raisons dont chacune est suffisante pour justifier notre façon d'agir ; d'abord, nous n'étions investi d'aucune mission officielle et par conséquent, point d'autorité pour inviter les directeurs d'écoles à troubler les classes pendant un temps plus ou moins long ; même le peu que nous avons fait n'a pas toujours été accueilli avec grande faveur.

De plus, un examen assez complet pour pouvoir porter un diagnostic aurait été assez long pour chaque élève et aurait exigé des manœuvres qu'on n'aurait pas pu faire sans avoir obtenu préalablement l'autorisation des parents : nous citerons la recherche des végétations adénoïdes, par exemple, qui constitue pour bien des enfants un semblant d'opération.

Du reste, plusieurs enfants étaient encore en cours de traite-

ment pour la gorge et les oreilles ou avaient consulté un confrère ; il aurait pû se faire que notre diagnostic ne concordât pas avec celui du confrère — ce qui est loin d'être rare en médecine — d'où suspicion légitime contre l'un ou l'autre.

Voilà pourquoi nous nous en sommes tenu à la simple recherche des troubles fonctionnels, laissant au médecin de la famille le soin d'en chercher la cause et d'en exécuter le traitement.

Même réduit à cette constatation, l'examen tel que nous l'avons pratiqué, nous semble présenter un grand intérêt d'hygiène sociale en ce qu'il permet de découvrir des troubles fonctionnels, très souvent méconnus des parents, qui par leur persistance ou leur progrès peuvent compromettre l'avenir de l'enfant et même, parfois, leur état présent.

La façon dont nous avons procédé, pour cet examen, diffère très notablement de celle qu'ont employée MM. Jacques et Durand[1], désignés comme médecins spécialistes, par arrêté municipal du maire de Nancy, en janvier 1906.

Comme l'inspection devait s'exercer sur plus de 10. 000 enfants, il ne fallait pas songer à pratiquer un examen approfondi comme on le pratique dans son cabinet. MM. Jacques et Durand ont fait appel aux instituteurs pour procéder à une sélection et répartir les enfants en deux groupes : ceux dont la respiration et l'ouïe sont normales et ceux dont ces fonctions se trouvent défectueuses.

L'instituteur est renseigné sur les signes extérieurs auxquels il reconnaîtra l'insuffisance respiratoire et la surdité et il mentionnera sur un imprimé qui lui est remis, tous les élèves de sa classe qui présenteront une des particularités suivantes : surdité, écoulement d'oreilles, douleurs d'oreilles et bourdonnements, respiration buccale, saignement du nez et rhumes de cerveau fréquents, apathie intellectuelle et ganglions, soit sept rubriques sous lesquelles on peut placer un élève anormal.

Pour découvrir la surdité, l'instituteur prononce des mots à voix parlée, que l'enfant placé à environ dix mètres, doit répéter en fermant successivement l'une et l'autre oreille ; suivant que l'enfant répète exactement ou non, les mots qui ont été prononcés il est classé parmi les entendant bien ou les sourds et dans ce dernier cas il est renvoyé pour être soumis à l'examen du spécialiste.

Pour les troubles respiratoires, l'instituteur signale les enfants

1. *Annales des maladies de l'oreille*, sept. 1907.

qui respirent habituellement par la bouche, qui ont l'haleine courte, la voix ordinairement enrouée ou nasillarde, des maux de tête fréquents, une inattention ou une apathie intellectuelle particulières, des saignements de nez ou des rhumes de cerveau récidivants, etc.

Enfin, dans les écoles maternelles on signalera les enfants dont les oreilles coulent et qui présentent une sécrétion nasale abondante et tiennent la bouche habituellement ouverte ; noter aussi ceux qui sont distraits et qui portent de gros ganglions cervicaux.

On voit que dans le programme de nos confrères de Nancy le rôle de l'instituteur est considérable puisqu'il procède à une sélection des élèves que les médecins examineront ensuite ; le travail supplémentaire qu'exigent de pareilles recherches est loin d'être négligeable et nous doutons fort que, pour cette sélection, ces collaborateurs aient tous apporté la même attention, le même zèle que le médecin intéressé à ces recherches.

MM. Jacques et Durand ne peuvent s'empêcher de faire remarquer que le nombre des élèves ainsi choisis pour un examen ultérieur a varié dans des proportions considérables suivant les classes et par conséquent suivant les instituteurs qui ont procédé à la sélection : de 1/3 du contingent pour certaines classes on arrive au 1/10 et même au 1/20 pour d'autres.

Nous, au contraire, nous avons examiné personnellement tous les élèves sans exception et réduit le rôle de l'instituteur à son minimum en ne lui réclamant que ce qui est de sa compétence : les notes scolaires et son appréciation sur l'état habituel de santé de ses élèves, qui est déjà hors de sa compétence ; l'emploi des diapasons, au lieu de la voix parlée, permet de reconnaître le plus léger déficit d'audition ; c'est ce qui explique que nous avons trouvé un nombre si considérable d'élèves qui n'ont pas l'audition normale et qui ne sont pourtant pas des sourds pour les relations sociales et les études scolaires.

MM. Jacques et Durand ne mentionnent pas les divers degrés de surdité qu'ils ont rencontrés, mais ils signalent les altérations de l'oreille et du nez que l'examen leur a permis de découvrir. Cet examen était pratiqué sommairement et ce n'est qu'à titre exceptionnel qu'ils employaient des instruments ; pour le nez ils se bornaient à relever la pointe du nez et à projeter avec le miroir frontal un faisceau lumineux dans la cavité nasale.

C'est par cette façon de procéder qu'ils ont obtenu les chiffres suivants :

Sur 3692 garçons : 677 malades 18 % dont 523 rhino-pharyn-

gites, 365 otites catarrhales, 53 otites suppurées et 128 affections du conduit auditif.

Sur 3762 filles : 653 malades 17 °/₀, dont 570 rhino-pharyngites, 313 otites catarrhales, 51 otites suppurées et 93 affections du conduit auditif (cérumen, eczéma, etc).

Quant à l'examen du mode respiratoire, les auteurs ne donnent point le chiffre des élèves dont la respiration est anormale, de sorte que nous ne pouvons comparer leurs résultats aux nôtres. Ils constatent que « parmi les enfants offrant l'habitus caractéristique des obstrués du nez, une proportion assez forte ne présentait aucune raison anatomique actuelle au niveau des premières voies respiratoires qui justifiât l'altération fonctionnelle; ce sont, pour la plupart, des ex-adénoïdiens à type respiratoire vicié ; ce sont, souvent, des enfants sujets au coryza constitutionnel, et qui dans l'intervalle des poussées fluxionnaires conservent l'habitude de la respiration buccale ; quelquefois même l'imitation entre encore ici en jeu chez les enfants nerveux ».

Dans un article ayant pour titre : De la fréquence des végétations adénoïdes, de leurs rapports avec les affections otiques et de l'aprosexie chez les écoliers, Teterviatnikov [1] expose le résultat de ses observations.

Sur deux cents élèves du premier gymnase de Moscou, âgés de dix à vingt ans il en a trouvé 20 °/₀ atteints de végétations adénoïdes ; il est vrai que l'examen était pratiqué sur les sujets qui se faisaient déjà soigner pour quelque affection du nez, de la gorge ou de l'oreille, ce qui constituait une sorte de sélection ; la moitié des adénoïdiens sont atteints d'une affection des oreilles.

Un certain nombre d'élèves ont été observés au point de vue de leurs progrès dans les études ; la plupart des bons élèves respiraient par le nez et n'avaient point de végétations ; par contre, le plus grand nombre des mauvais élèves ne pouvaient respirer par le nez, tenaient toujours la bouche ouverte, surtout la nuit ; s'ils n'avaient point de végétations, ils avaient une hypertrophie des cornets ou des amygdales palatines.

Parmi les adénoïdiens très peu faisaient de bonnes études.

Pour l'auteur, l'aprosexie est bien plus marquée, quand, à l'obstruction nasale vient s'ajouter de la surdité.

L'état d'infériorité accidentelle où se trouvent les élèves atteints de gêne respiratoire et de végétations adénoïdes a fait prendre en Russie des mesures pour y remédier. L'auteur

1. *Med. Obozrenié*, n° 2, février 1900 (Analysé dans *Revue de laryng.*, octobre 1900).

expose que, grâce à un mémoire de von Stein, le ministre de l'instruction publique, dans une circulaire adressée aux recteurs, prescrivit de faire examiner les élèves et de donner des soins appropriés à ceux qui seraient atteints de végétations adénoïdes. Depuis, dans certains grands lycées, on exige un certificat attestant que le nez, la gorge et les oreilles sont dans l'état normal.

Cette question de la fréquence des végétations a fait l'objet de nombreuses recherches et les résultats trouvés varient dans de grandes limites. Sur 7270 malades atteints d'une affection de la gorge, du nez et des oreilles, l'auteur a trouvé 594 malades atteints de végétations adénoïdes, soit 8 %. Dans la clinique de Moure, Brindel a trouvé 15 % ; dans celle d'Hartmann à Berlin, Killian relève le chiffre de 20 % ; Fränkel l'estime à 9 %, Kayser à 6 %.

Une variation aussi grande dans l'estimation, doit être attribuée, vraisemblablement, beaucoup plus à la façon d'envisager l'hypertrophie de l'amygdale pharyngienne qu'à la fréquence plus ou moins grande, suivant les villes ou les régions, de l'état pathologique de cette glande.

Une très légère augmentation de volume de cette amygdale sera regardée comme négligeable pour tel auteur et sera regardée pour valable par tel autre qui la comptera dans sa statistique, d'où écart plus ou moins grand dans le pourcentage.

Il faut remarquer, de plus, que les statistiques s'appliquent aux sujets qui viennent consulter pour une affection de la gorge, du nez ou des oreilles et qui, par ce fait, ont subi une sorte de sélection ; on trouve donc un chiffre plus élevé d'adénoïdiens qu'on ne l'aurait en examinant un même nombre d'individus pris au hasard et qui n'ont aucune affection de ces organes.

Les sujets chez qui on a reconnu l'existence de végétations adénoïdes ont pu être examinés dans le but de faire un pareil diagnostic puisqu'ils se présentaient à une consultation d'hôpital ou de clinique, mais il en est tout autrement, quand on pratique un examen global de tout un groupe de sujets comme les enfants des écoles qui ne réclament pas nos soins. MM. Jacques et Durand n'ont porté qu'un diagnostic de présomption et nous-même, nous en sommes tenu au trouble physiologique sans avoir remonté à la cause.

MM. Malherbe et Stackler[1] ont aussi examiné les enfants de

1. *Bulletin Médical*, mars 1906.

trois écoles au point de vue de la surdité; pour cela, ils se sont servi d'une même montre pour tous les examens.

L'examen a porté sur 578 élèves : 390 garçons et 188 filles, dont l'âge variait de 6 à 16 ans.

Pour établir un point de repère, ils ont considéré la distance à laquelle la majorité des élèves d'une classe entendait le tic tac comme la distance de l'audition normale pour cette classe; cette distance représente l'ouïe de la classe ; au-dessous de cette moyenne on a l'ouïe faible ou mauvaise suivant la grandeur de l'écart. Sur les 578 élèves, les auteurs ont trouvé : 122 cas d'ouïe faible et 87 d'ouïe mauvaise, soit au total 209 cas ou 36 °/₀.

De nouveaux examens pratiqués à 6 ou 8 mois de distance ont donné les chiffres suivants : sur les 578 élèves, 209 ou 36 °/₀ ne sont pas normaux. Ces 209 élèves se répartissent ainsi :

42 (7 °/₀) ont l'ouïe tantôt bonne, tantôt mauvaise et doivent être surveillés.

98 (17 °/₀) ont l'ouïe faible d'une façon permanente; les uns doivent être surveillés et d'autres soignés.

62 (12 °/₀) ont l'ouïe mauvaise et doivent être soignés immédiatement.

M. Stackler est revenu sur cette question au Congrès d'hygiène scolaire, tenu à Londres en 1907, dans une communication ayant pour titre : Utilité de l'examen de la vue et de l'ouïe dans les écoles communales.

Le pourcentage de sourds est le même que celui indiqué plus haut. Il propose de placer les élèves suivant l'ordre qu'ils occupent dans le degré d'audition de façon à tenir rapprochés de la chaire du maître les élèves qui ont la plus mauvaise audition.

M. Stackler a utilisé aussi la voix chuchotée et il a constaté que les élèves qui n'entendent sa montre qu'à 15 ou 20 cent. ne perçoivent pas sa voix chuchotée ; dans des classes de 35 à 40 élèves on trouve de 3 à 6 élèves qui sont dans ces conditions, ce qui fait 12 à 15 °/₀.

Le chiffre de 36 °/₀ trouvé par MM. Malherbe et Stackler se rapproche beaucoup du chiffre de 3/8 que nous avons trouvé en considérant les cas de surdité très légère comme négligeables.

L'extrême fréquence de la surdité chez les écoliers, méconnue dans la grande majorité des cas, démontre suffisamment l'intérêt et l'utilité de pareilles recherches. Quel est l'avenir de ces sourds ? Quelle sera l'évolution de ces diverses surdités ? Le plus grand nombre restera probablement stationnaire pendant

une période indéterminée puis évoluera vers l'otite catarrhale chronique ou la sclérose ; il arrive souvent, en effet, lorsqu'on demande à un adulte sourd s'il entendait finement quand il allait à l'école, d'apprendre que, déjà, il avait l'ouïe moins bonne que ses camarades et que bien des paroles du maître lui échappaient ; cette réponse n'est faite que lorsqu'on fait appel aux souvenirs du malade, car, autrement il n'en aurait pas parlé, tant il y attachait peu d'importance. L'otite catarrhale et la surdité ne remonte qu'à quelques années, en apparence, quand le sourd vient se consulter, mais en réalité, dans bien des cas, elle est bien plus ancienne que ne le croit le malade ; dans la pratique nous en trouvons, chaque jour, la preuve. C'est pour cela qu'il y a un intérêt primordial à découvrir l'affection le plus près possible de son début et à la traiter ; on peut admettre, bien que ce soit difficile à démontrer, qu'un traitement approprié de l'affection auriculaire, à cette période précoce, empêcherait le développement et l'évolution de la lésion vers les processus hypertrophiques ou scléreux quand le sujet arrive à l'âge de 30 ou 40 ans.

On devrait généraliser l'examen des enfants des écoles au point de vue des troubles de la respiration et de l'audition ; cet examen pourrait même être pratiqué, à la rigueur, par des confrères non spécialistes en otologie mais qui connaîtraient la technique à suivre.

La technique suivie par MM. Jacques et Durand repose beaucoup trop sur les appréciations de l'instituteur à qui elle impose un surcroît de travail qui ne doit pas beaucoup l'intéresser, et qu'il fait plus ou moins bien ; de plus, la voix haute parlée, est un instrument de mesure des plus défectueux, car la sonorité, le timbre, la bonne articulation des mots varient d'une personne à l'autre ; il est des gens que l'on ne comprend qu'en prêtant attention, même quand ils vous parlent en face, alors que d'autres, à voix claire, et articulant bien peuvent être entendus de loin sans difficulté ; l'audibilité de la voix est donc essentiellement variable à tonalité égale.

De plus, ce procédé ne décèle que les surdités déjà assez notables, celles que l'on peut remarquer dans les relations courantes de la vie.

L'usage de la montre est beaucoup plus précis ; on peut employer cet instrument quand on connaît la distance à laquelle une oreille normale peut entendre nettement le tic tac de la montre dont on se sert.

Nous avons préféré nous servir du diapason parce que le son

est musical et non un bruit, comme celui de la montre, et que ce son a une tonalité déterminée, invariable et qui se rapproche plus ou moins du ton de la voix.

Du reste, l'examen avec le diapason n'est pas plus long qu'avec la montre ; on peut arrêter brusquement les vibrations en touchant une des branches avec le doigt, à l'insu du sujet, qui doit accuser aussitôt la cessation du son s'il sait bien observer; ce moyen de contrôle n'est pas possible avec la montre ordinaire.

L'emploi de notre pneumodographe nous a permis de découvrir, en quelques secondes, l'obstruction plus ou moins accusée des voies aériennes supérieures ; les auteurs dont nous avons analysé les travaux ne semblent pas avoir attaché à ce complément d'information toute l'importance qu'il mérite ou même l'ont complètement négligé; cependant, une respiration très faible par une narine indique déjà, par elle-même, un état pathologique, passager ou durable, de cette fosse nasale et démontre la nécessité d'un examen local ; la constatation de ce trouble fonctionnel, souvent inconnu du sujet, incite à rechercher la cause.

Dans les notations des professeurs faites d'après notre tableau d'anthropométrie intellectuelle, il en est une que nous n'avons pas encore fouillée et interprétée : c'est le caractère de l'enfant et ses rapports ou relations, s'il en existe, avec les troubles fonctionnels et la valeur scolaire du sujet ; c'est cette question de psychologie physiologique que nous allons exposer succinctement dans la deuxième partie de ce travail.

II

Après avoir étudié les relations qui peuvent exister entre la surdité, l'obstruction nasale et les progrès scolaires ainsi qu'avec l'état de santé habituel, nous allons rechercher s'il existe quelque coïncidence entre les troubles fonctionnels du nez et de l'oreille et le caractère de l'enfant.

Ce n'est pas sans hésitation que nous avons abordé ce problème de psychologie, plein d'incertitude et qui prête à de nombreuses objections.

Nous ne définirons pas ce qu'on appelle le caractère d'un individu car tout le monde connaît, sinon la définition, au moins le sens qu'on attache à ce mot.

Nous avons été fort embarrassé pour donner, non pas une classification de tous les caractères, mais de choisir quelques formes que les instituteurs pussent reconnaître chez leurs élèves et les noter comme tels.

C'est dans ce but que nous avions marqué les adjectifs suivants : caractères calme, vif, indolent, capricieux, entêté et indocile.

Nous avouerons que les trois derniers termes auraient pu être supprimés, car, à notre avis, ils ne constituent pas des variétés du caractère, mais des vices d'éducation, des défauts qu'une discipline ferme aurait pu faire disparaître ; mais ces défauts sont très apparents dans la vie sociale et les maîtres d'école ont souvent maille à partir avec les élèves qui en sont affectés.

De plus, un de ces caractères n'est pas exclusif pour le même sujet et pour définir exactement la manière d'être du moral d'un individu il faut, souvent, ajouter plusieurs qualificatifs ; c'est ainsi que quelques élèves ont été gratifiés de plusieurs adjectifs tels que : vif et entêté, vif et capricieux ou indocile.

Dans ces cas nous n'avons choisi qu'un terme, celui qui concerne le caractère proprement dit : vif, calme, indolent ou apathique.

Nous avons encore à faire des réserves sur la notation qui nous a été fournie ; cette notation a-t-elle été faite en connaissance de cause et est-elle très exacte ? Nous l'ignorons.

En tout cas, si, instruits par nos recherches, d'autres confrères veulent les poursuivre, ils feront bien de prier les instituteurs et institutrices de n'inscrire que les indications dont ils sont sûrs ; dans le cas contraire, ces derniers devront ne rien mentionner du tout ou mettre un point d'interrogation à côté de la notation dont ils ne sont pas certains ; il faut de plus attirer leur attention sur l'importance de ces indications et leur faire remarquer qu'il est plus fâcheux d'avoir une notation fausse que n'en avoir pas du tout.

7° **Répartition des caractères dans les trois modes de respiration.** — La répartition des 400 élèves au point de vue du caractère a été la suivante :

Calme	Indolent	Vif	Capricieux	Entêté	Indocile
183	63	35	29	37	53

On pourrait se demander si les troubles respiratoires avaien quelque influence sur les modifications du caractère ; pour juger cette question nous allons exposer le nombre d'élèves classés dans chaque catégorie parmi ceux qui ont une respiration nasale égale des deux côtés, inégale et une respiration bucco-nasale ; dans ces mêmes tableaux, nous indiquons l'état de sante habituel :

A. — *Élèves ayant une respiration exclusivement nasale et égale des deux côtés* :

	Calme	Indolent	Vif	Capricieux	Entêté	Indocile	
Santé bonne ...	68	31	12	11	17	24	= 163
— douteuse.	26	11	6	5	4	8	= 60
— mauvaise.	8	1	1	1	0	0	= 11
	102	43	19	17	21	32	= 234

B. — *Élèves ayant une respiration exclusivement nasale mais inégale* :

	Calme	Indolent	Vif	Capricieux	Entêté	Indocile	
Santé bonne...	30	7	2	2	6	7	= 54
— douteuse.	10	1	4	2	4	1	= 24
— mauvaise.	4	0	0	2	1	0	= 7
	44	8	6	6	11	8	= 85

C. — *Élèves ayant une respiration bucco-nasale* :

	Calme	Indolent	Vif	Capricieux	Entêté	Indocile	
Santé bonne	18	6	5	4	4	7	= 46
— douteuse ..	17	6	3	2	1	2	= 31
— mauvaise .	2	0	2	0	0	0	= 4
	37	12	10	6	5	11	81

L'examen de ces chiffres ne permet pas, croyons-nous, de tirer des conclusions fermes touchant l'influence du mode respiratoire sur la variété de caractère ; les enfants atteints d'insuffisance nasale semblent présenter, cependant, un nombre de vifs pour cent plus grand que ceux qui respirent normalement par le nez et un nombre d'indolents moins grand dans le premier cas que dans le second ; en somme les différences ne sont pas si considérables qu'on en puisse déduire que l'obstruction nasale a une influence manifeste sur le caractère de l'individu.

8° **Caractère et état de santé habituel.** — L'état de santé habituel peut-il avoir une influence sur la variété de caractère de l'individu ?

Il n'est point douteux qu'une maladie accidentelle peut modifier momentanément le caractère du patient, mais il peut n'en être pas ainsi quand il s'agit d'enfants qui fréquentent l'école et qui, par conséquent, sont dans un état de bien-être relatif.

Voici les chiffres que nous avons relevés :

	Calme	Indolent	Vif	Capric.	Entêté	Indocile	
Santé bonne....	116	42	19	16	28	42	= 263
— douteuse.	53	20	13	10	8	11	= 115
— mauvaise.	14	1	3	3	1	0	= 22
	183	63	35	29	37	53	400

Ce sont les indociles et les entêtés qui fournissent le contingent de morbidité le moins élevé (de 1/4 à 1/5 environ) et les capricieux, le plus élevé, soit un peu moins de moitié ; quant aux calmes, indolents et vifs, le nombre de santé mauvaise ou douteuse représente environ le 1/3 du nombre total.

D'après cette variation de pourcentage assez notable est-on autorisé à reconnaître une influence de l'état de santé sur le caractère ou bien faut-il y voir une coïncidence fortuite ou encore une concordance ? Nous ne discuterons pas ces trois points de vue et nous laisserons le lecteur libre de tirer telle conclusion qu'il voudra.

9° **Audition et variété de caractères.** — On sait que bien des sourds sont plus ou moins tristes, taciturnes, s'isolant un peu de la société avec laquelle ils ne correspondent que péniblement ; mais il s'agit là de sourds des deux oreilles et qui sont arrivés à un degré où la voix ordinaire n'est pas perçue ; il n'en est pas de même chez les enfants que nous avons examinés qui, sauf 45, avaient tous au moins une oreille normale.

A titre de document nous allons donner les chiffres que nous avons trouvés :

	Calme	Indolent	Vif	Capric.	Ent.	Indocile		
Audition normale....	78	34	13	12	20	30	=	191
Surdité 1°.....	28	5	2	2	8	5	=	50
— 2°.....	45	10	12	7	5	11	=	90
— 3°.....	7	5	2	1	2	3	=	20
— 4°.....	2	1	0	0	1	0	=	4
— bilatérale....	23	8	6	3	1	4	=	45
	183	63	35	29	37	53		400

Les enfants qui ont une oreille normale sont à peu près dans les conditions ordinaires au point de vue de la vie de relations, on ne pourrait donc en rien conclure, mais ceux dont les deux oreilles sont malades et qui ont des degrés de surdité égale ou inégale pour les deux oreilles sont réellement plus ou moins sourds au point de vue social.

Sur les 45 cas, il en est 10 qui ne sont affectés que d'une surdité très légère des deux côtés et presque négligeable pour les relations sociales ; chez ces enfants atteints de surdité bilatérale la répartition des caractères est la suivante :

	Calme	Indolent	Vif	Capricieux	Entêté	Indocile
Surdité bilatérale 1°	5	3	1	0	1	0
— 2°	3	3	2	2	0	3° 1
— 4°	1	0	0	0	0	0
— du 1° au 4°	14	2	3	1	0	3

On voit que le caractère calme, posé, tranquille comprend de beaucoup le plus grand nombre de sourds, parce que sa fréquence est aussi plus grande ; une surdité double qui peut être du 1er au 2e degré d'un côté et du 3e ou 4e à l'autre oreille n'est pas incompatible avec un caractère calme ou vif.

Il est difficile d'admettre par l'examen de ces chiffres que chez les enfants, l'existence d'une surdité plus ou moins accusée, modifie notablement le caractère du sujet, bien qu'il n'en soit pas de même chez certains adultes.

10° **Notes scolaires et caractère du sujet.** — Il était à prévoir que le caractère de l'enfant aurait une influence sur les notes scolaires ; cette présomption devient une certitude quand on examine le tableau suivant :

	Calme	Indolent	Vif	Capricieux	Entêté	Indocile		
— 5	26	27	5	3	7	24	=	92
5	11	13	1	4	4	14	=	57
+ 5	136	23	29	22	26	15	=	251
	173	63	35	29	37	53		400

On voit que les enfants dont le caractère est vif ou capricieux ou entêté ont une note supérieure à la moyenne 5 dans la proportion des 5/6 environ ; parmi les calmes, il n'y en a que les 2/3 qui ont une note supérieure à 5, tandis que parmi les indolents, les apathiques et les indociles il n'y a qu'environ 1/3 qui dépassent cette moyenne.

Tels sont les résultats que nous a fournis notre enquête. Nous avons entrepris celle-ci non avec une idée préconçue de trouver des faits venant corroborer une présomption mais dans la seule intention de chercher s'il existait une corrélation entre les divers points que nous avons recherchés.

Quoique la réponse soit douteuse ou négative sur certaines relations d'un fait à un autre, il était néanmoins utile que cette conclusion fût plutôt tirée de l'examen des faits que de la subtilité du raisonnement.

Des examens pratiqués sur une plus grande échelle et des annotations faites avec le plus grand soin possible, de la part des maîtres d'école, modifieront peut-être nos résultats statistiques ; en tout cas, nous avons apporté des matériaux à un genre de recherches que, jusqu'à présent, on n'avait pas encore abordé.

TABLEAU SYNOPTIQUE DES DIVERSES STATISTIQUES

Nombre d'élèves examinés : 400.

I. — **Perméabilité nasale.**

RN = Respiration nasale égale des deux côtés..... 234

RN > Respir. nasale inégale : plus forte à droite qu'à gauche... 55 ; plus forte à gauche qu'à droite.. 30 } 85

RB-N : Respiration buccale totale..... 1 ; — buccale avec RN =..... 50 ; — — RN > + dr 17, + g 13 30 } 81

II. — État de l'audition.

Audition normale..... 191
— anormale..... 209

Audition normale avec cas de surdité très légère. 250
Surdité au-dessus du 1er degré..... 150

Surdité très légère 1° : droite 30 gauche 20 = 50
— légère 2° : — 53 — 37 = 90
— notable 3° : — 13 — 7 = 20
— très notable 4° : — 4 — 0 = 4
— bilatérale dont 10 au 1° 45

III. — Rapport entre les troubles respiratoires et la surdité.

RN =		RN >		RB-N	
Surd. 1°	34	S. 1°	10	S. 1°	6
— 2°	51	— 2°	16	— 2°	23
— 3°	11	— 3°	1	— 3°	8
— 4°	1	— 4°	2	— 4°	1
— bil.	19	— bil.	10	— bil.	16
	116 sur 234		39 sur 85		54 sur 81

IV. — Notes scolaires et mode respiratoire.

Note maximum = 10 la moyenne est 5.

	RN =	RN >	RB-N
— 5	51	22	18
5	41	7	10
+ 5	142	56	53
	234	85	81

Si on additionne les chiffres représentant le nombre d'élèves qui ont eu plus de 5 et ceux qui ont eu 5 et au-dessous, on obtient :

RN = 92 ; 142 RN > 29 ; 56 RB-N 28 ; 53

V. — Rapport entre les notes scolaires et la surdité.

Les enfants ayant une audition normale ont les notes suivantes :

— 5	43
5	25
+ 5	123
	191

Les notes obtenues dans chaque degré de surdité sont :

	S. 1°	S. 2°	S. 3°	S. 4°	S. bil.	S. bil. 1°
— 5	7	23	5	2	12	2
5	7	17	4		7	
+ 5	36	50	11	2	26	8
	50	90	20	4	45	10

VI. — Santé habituelle et mode respiratoire.

Sur 400 élèves on a noté : Santé bonne..... 263 ; Santé douteuse..... 115 ; Santé mauvaise..... 22

Au point de vue du mode respiratoire, on trouve dans chaque groupe :

	Santé bonne	S. douteuse	S. mauvaise	
RN =	163	60	11,	total 234
RN >	53	25	7,	— 85
RB-N	47	30	4,	— 81

VII. — Répartition des caractères dans les trois modes de respiration.

		Calme	Indolent	Vif	Capricieux	Entêté	Indocile	
Resp. nasale égale	Santé bonne...	68	31	16	11	17	24 =	163
	— douteuse.	26	11	6	5	4	8 =	60
	— mauvaise.	8	1	1	1	0	0 =	11
		102	43	19	17	21	32	234
Resp. nasale inégale	Santé bonne...	30	7	2	2	6	7 =	54
	— douteuse.	10	1	4	2	4	1 =	24
	— mauvaise.	4	0	0	2	1	0 =	7
		44	8	6	6	11	8	85
Resp. bucco-nasale	Santé bonne....	18	6	5	4	4	9 =	46
	— douteuse..	17	6	3	2	1	2 =	31
	— mauvaise.	2	0	2	0	0	0 =	4
		37	12	10	6	5	11	81
Total des caractères		183	63	35	29	37	53 sur	400.

VIII. — Caractère et état de santé habituel.

	Calme	Indolent	Vif	Capricieux	Entêté	Indocile		
Santé bonne....	116	42	19	16	28	42	=	263
— douteuse.	53	20	13	10	8	11	=	115
— mauvaise.	14	1	3	3	1	0	=	22
	183	63	35	29	37	53		400

IX. — Audition et variétés de caractères.

	Calme	Indolent	Vif	Capricieux	Entêté	Indocile		
Audition normale....	78	34	13	12	20	30	=	191
Surdité 1°.....	28	5	2	2	8	5	=	50
— 2°.....	45	10	12	7	5	11	=	90
— 3°.....	7	5	2	1	2	3	=	20
— 4°.....	2	1	0	0	1	0	=	4
— bilatérale....	23	8	6	3	1	4	=	45
	183	63	35	29	37	53		400
Surdité 1° des deux or.	5	3	1	0	1	0		
— 2°.....	3	3	2	2	0	3° 1		
— 4°.....	1	0	0	0	0	0		
— inégale.....	14	2	3	1	0	3		
	23	8	6	3	1	4	=	45

X. — Notes scolaires et caractère de l'élève.

	Calme	Indol.	Vif	Capric.	Entêté	Indocile		
— 5	26	27	5	3	7	24	=	92
5	11	13	1	4	4	14	=	57
+ 5	136	23	29	22	26	15	=	251
	183	63	35	29	37	53		400

II

CONTRIBUTION AU DIAGNOSTIC ET AU TRAITEMENT DES COMPLICATIONS OTO-MÉNINGÉES DE LA FIÈVRE TYPHOIDE

Par **J. TOUBERT**,
Professeur-Agrégé du Val-de-Grâce,
Médecin-Chef de l'hôpital militaire n° 1 de Casablanca (Maroc).

S'il est, de l'aveu de tous les otologistes, très malaisé de dépister de bonne heure les complications intra-craniennes (sauf la thrombo-phlébite peut-être), sur un malade qui n'a qu'une otite suppurée, il est plus difficile encore, bien certainement, de faire un diagnostic étiologique précis, quand la réaction cérébrale ou méningée se produit au cours d'une maladie infectieuse, susceptible de toucher directement les méninges après avoir atteint également l'oreille, comme le fait la fièvre typhoïde.

De tels cas participent à la fois de la médecine, de la chirurgie et de l'otologie. Leur étude est d'un grand intérêt, et c'est pourquoi j'apporte comme contribution la relation inédite d'un cas, dont l'évolution, par instants mystérieuse, peut fournir, par une analyse très serrée, un appoint utile au diagnostic des complications encéphalo-méningées de la fièvre typhoïde accompagnée d'oto-mastoïdite.

Voici l'observation, minutieuse et détaillée, complétée par des examens hématologiques, bactériologiques, cytologiques, etc., et vérifiée par l'autopsie.

Observation. — Le nommé C., caporal au 3e Régiment de tirailleurs algériens au camp du Boucheron (Maroc), entre à l'ambulance du camp le 5 décembre 1908 pour otite aiguë suppurée à gauche et est évacué le 10 sur les hôpitaux de Casablanca pour des symptômes faisant craindre une mastoïdite. Je vois le malade avec mon collègue Saltet, qui le reçoit dans son service. Nous constatons extérieurement unœdème sus- et rétroauriculaire assez marqué, sans douleur à la pression et sans fièvre. A l'examen otoscopique, chute fort nette de la paroi postéro-supérieure du conduit. Pansement aseptique quotidien, suivi d'enveloppement ouaté de toute la région. Le

19, douleur sur l'apophyse (région antéro-supérieure) fort nette, provoquée par la pression. Le 20, je pratique, avec l'assistance précieuse de mon collègue Saltet, la trépanation mastoïdienne. Je trouve une apophyse pneumatique avec foyers purulents multiples (antre, pointe et région postérieure) où l'examen bactériologique, fait au laboratoire de l'hôpital par l'aide-major Hornus, décela ultérieurement le streptocoque de Bonome et le micrococcus catarrhalis. Je fais une mastoïdectomie large, conformément aux principes et à la technique que j'ai déjà publiés [1] et je réunis avec drainage l'incision opératoire. Les suites furent normales du côté de la plaie : il y eut un peu de rétention passagère du côté de la caisse ; mais en 8 jours la cicatrisation de l'incision fut complète, sauf au point de passage inférieur du drain et l'écoulement de la caisse devint minime, puis cessa peu à peu. Cependant la température ne tombait pas ; le thermomètre remontait certains soirs jusqu'à 38°. Après une fausse défervescence, le 29 décembre, la courbe se relève ; l'état général est mauvais, il y a de l'insomnie et de la diarrhée. Du 31 décembre 1908 au 7 janvier 1909, la fièvre persiste, en plateau entre 39° et 40° ; l'examen du sang révèle une polynucléose légère, le séro-diagnostic de Widal indique une tendance à l'agglutination avec l'Eberth : le diagnostic de fièvre typhoïde est porté, sans que l'on puisse préciser le début de l'infection éberthienne. Traitement par mon collègue Lafeuille, par la cryogénine en cachets et l'électrargol en injections intra-musculaires, suivant une progression méthodique à laquelle il a dû de fort beaux résultats. A noter, pour mémoire, à titre d'incident, l'apparition d'un placard rouge sur la pommette gauche, qui fit porter, à tort, pendant 48 heures, le diagnostic d'érysipèle.

Du 11 au 19 janvier, la température oscille entre 38 et 39°. La courbe s'infléchit ensuite franchement et après 4 jours d'oscillation (stade amphibole du 22 au 26), l'apyrexie est établie, autour de 36°. La convalescence s'affirme : plus d'insomnie, plus de céphalée, plus d'anorexie.

Mais subitement, tragiquement, le 1er février, à 6 heures du soir, survient une sorte d'ictus avec aphasie et agraphie, mais sans parésie : état inquiétant. Le 2, je décide d'intervenir, avec mon collègue Saltet. Je trépane à la gouge et au maillet la fosse cérébrale moyenne juste au-dessus de l'apophyse mastoïde. Je mets à nu la dure-mère sur un diamètre de 3 centimètres ; elle bat. Je l'incise : il sort de la sérosité claire. Je fais à la sonde cannelée des ponctions dans l'hémisphère, en avant, en dedans, en haut, en arrière, sans résultat. Le cerveau tend à faire hernie dans la plaie. Pansement aseptique. Le soir, le malade est bien réveillé et parle assez bien. Le 3, au pansement, je constate que le cerveau est affaissé : le malade parle normalement. Le 4, ébauche du signe de Kernig, céphalée occipitale,

1. *Archives internationales de laryngologie, otologie*, etc., mai-juin 1908.

puis aggravation rapide et coma le 5 au matin. La ponction lombaire donne issue à un liquide louche, riche en polynucléaires, mais sans microbes : on injecte 20 centimètres cubes d'électrargol dans le canal. Le 6, seconde ponction, avec issue d'un liquide peu louche, mais sans forte pression, contenant de nombreux polynucléaires et donnant à M. Hornus, par ensemencement, culture de streptocoque de Bonome ; injection de 20 cc. de collargol, intrarachidienne. Au pansement, hernie cérébrale du volume d'une noix. Du 5 au 7, la température reste entre 39° et 40°, le pouls atteint 120, 140, 150. Injection intra-veineuse d'électrargol, le 7 au matin. Coma persistant et décès le soir à 4 heures.

Autopsie. — Plaques de Peyer en voie de cicatrisation avancée dans le grêle, au nombre de 22. Dégénérescence du foie et de la rate. Cœur en apparence normal : pas de caillots. Poumons sains d'aspect.

A l'ouverture du crâne, méninges tendues, sous pression. Incision de la dure-mère: issue d'un liquide rouge brun, abondant, qui est de la sérosité colorée par le collargol. Les leptoméninges se décollent bien, mais elles sont épaissies; elles sont colorées en rouge brique, sauf au sommet du sillon de Rolando droit, où l'on voit une plaque de méningite avec sa couleur jaune clair. A hauteur de la brèche faite au temporal gauche, zone de contusion de l'écorce cérébrale ; en outre, le long des vaisseaux sylviens gauches, sur 2 centimètres sur la face externe et sur 1 centimètre sur la face inférieure de l'hémisphère, épaississement notable périvasculaire. A la coupe de l'hémisphère gauche, aucune trace des ponctions opératoires, aucun foyer de ramollissement cérébral. Liquide abondant dans les ventricules. Rien dans l'hémisphère droit, rien au cervelet, rien aux sinus veineux, rien au tegmen tympani et antri.

Le problème soulevé à propos de ce cas, instructif à tant de points de vue, comporte la solution de trois questions : une de pathogénie, une de diagnostic et une de traitement.

I. Pathogénie de l'infection encéphalo-méningée chez un sujet en puissance de fièvre typhoïde et d'otite. — Deux routes existent pour le transport de l'infection de son point d'origine à son point terminus : 1° la *route directe*, le germe typhoïdique, pur ou associé, émigrant directement vers les espaces séreux de l'encéphale; 2° la *route détournée*, l'agent virulent passant d'abord par l'oreille et y déterminant une otite, avec ou sans propagation à la mastoïde, puis, de là, empruntant l'une ou l'autre des voies classiques de pénétration de l'oreille vers l'encéphale.

Cette différenciation est logique ; elle est sanctionnée par les faits. C'est ainsi que mon collègue Lafeuille, dans son service de typhoïdiques, où sont passés plus de 300 malades en 8 mois,

a observé un cas de méningite, au décours de la fièvre typhoïde (8e semaine), où le bacille d'Eberth a été trouvé dans le pus des méninges cérébrales par le médecin aide-major Hornus, chargé du laboratoire de bactériologie. C'est ainsi que, d'autre part, l'observation inédite relatée dans ce travail montre que la fièvre typhoïde, qui a intriqué ses symptômes propres avec ceux de l'otite dès le début de la maladie, a réellement infecté les méninges en passant par l'oreille et la mastoïde, puisqu'un des germes trouvés dans le pus mastoïdien, le streptocoque de Bonome, s'est retrouvé dans le liquide céphalo-rachidien prélevé un jour avant la mort.

Cette distinction n'a pas seulement une importance théorique : elle peut et doit intervenir pour la direction du traitement, car, dans les cas d'infection méningée directe, le traitement reste purement médical et, dans les cas d'infection méningée indirecte avec étape otitique, le traitement chirurgical doit intervenir.

II. **Diagnostic de la fièvre typhoïde, de l'otite et de l'infection intracranienne dans leurs relations réciproques.** — Il peut y avoir, dans l'évolution clinique, un enchevêtrement de symptômes tel que ces relations demeurent longtemps imprécises.

1° *Diagnostic des relations entre la fièvre typhoïde et l'otite.* — Quand l'otite apparaît classiquement à la fin du stade d'état ou à la convalescence, il n'y a aucune hésitation, au point de vue du diagnostic, à la rattacher à la fièvre typhoïde, lorsque celle-ci a été dûment diagnostiquée. Mais si l'otite est précoce et surtout si la fièvre typhoïde est atténuée dans ses manifestations de début, des difficultés surgissent.

Dans le cas qui sert de point de départ à cette étude critique, la fièvre typhoïde a eu un début si flou qu'il est pour ainsi dire passé inaperçu et cela dans un milieu d'endémo-épidémie où l'attention est pourtant sans cesse en éveil. La céphalée passagère, l'insomnie intermittente, la fièvre peu élevée (37° 5 à 37° 8), mais avec peu de rémission, peuvent être des signes d'infection à point de départ otitique tout aussi bien que l'esquisse d'une infection éberthienne peu bruyante. La polynucléose légère, la séro-réaction de Widal restée imprécise, quoique répétée à plusieurs reprises, n'apportent ni confirmation, ni infirmation à l'un ou l'autre diagnostic. Il a fallu attendre la suite de l'évolution thermique et voir l'ensemble de la courbe avec deux pseudo-plateaux, d'ailleurs irréguliers, le premier autour de 38° et le second autour de 39° et surtout la défervescence quasi-classique, terminée par les oscillations du stade amphibole, il a fallu l'amai-

grissement rapide, il a fallu ce faciès de convalescent presque cachectisé, pour affirmer cliniquement que ce malade, dont l'otite s'est compliquée de mastoïdite, a eu une fièvre typhoïde concomitante. Et l'anatomie pathologique est venue vérifier et confirmer la clinique.

2° *Diagnostic des relations entre les manifestations encéphalo-méningées d'une part et la fièvre typhoïde ou l'oto-mastoïdite d'autre part.* — Lorsque, chez un typhoïdique en apyrexie, à l'heure de la convalescence confirmée, la complication intracranienne s'affirme brutalement par l'apparition tragique du syndrome aphasie-agraphie, l'hypothèse d'une thrombose ou d'une embolie est la première qui se présente à l'esprit et la relation paraît directe entre le point de départ et le point d'arrivée (embolie ou thrombose due à l'infection éberthienne pure ou associée). Mais lorsque, au lendemain de la trépanation du crâne, suivie d'incision des méninges et de ponction du cerveau, on voit l'aphasie et l'agraphie rétrocéder et l'ascension thermique qui avait suivi le début du drame encéphalique cesser, l'hypothèse précédente perd sa vraisemblance et l'on se rallie plus volontiers à l'idée d'une infection méningo-encéphalique à point de départ otitique, d'autant plus que le liquide céphalo-rachidien retiré par ponction lombaire renferme le streptocoque de Bonome trouvé 48 jours avant dans le pus mastoïdien.

Et cependant, à l'autopsie, l'anatomie pathologique révèle non seulement des lésions diffuses de méningite séreuse et d'infiltration lepto-méningée, mais encore une atteinte manifestement localisée à l'origine des vaisseaux sylviens du côté gauche, ce qui paraîtrait confirmer à la fois les deux hypothèses précédemment émises quant au diagnostic de la voie suivie par l'infection.

III. **Traitement de l'oto-mastoïdite et de la complication encéphalo-méningée post-typhoïdiques.** — S'il est une chirurgie à propos de laquelle l'axiome : « C'est la prudence qui doit pousser à l'audace » doive se substituer à la formule fataliste : « Dans le doute, abstiens-toi », c'est bien la chirurgie de l'oreille et de la mastoïde dans ses relations avec la chirurgie du crâne et de l'encéphale.

Chez un typhoïdique, que la mastoïdite soit due à une infection banale accidentelle de la caisse, ou qu'elle représente une complication vraie de la fièvre typhoïde, peu importe, il faut toujours trépaner tôt et le faire largement. La mastoïdectomie subtotale, que j'ai pratiquée, avec conservation limitée au pourtour

osseux du conduit auditif et de l'aditus et à la corticale interne de l'apophyse, a guéri vite et bien, ainsi que j'ai pu le vérifier à l'autopsie. Si mon intervention s'était bornée à l'antrotomie classique, en puits ou en tranchée, j'aurais pu l'accuser d'être restée incomplète et partant insuffisante.

Et lorsque des accidents méningo-encéphaliques éclatent chez un malade en puissance à la fois d'otite et de fièvre typhoïde, l'abstention chirurgicale devient une faute lourde, même si elle cherche une excuse dans l'imprécision du diagnostic pathogénique, même si elle apporte, à titre d'adjuvant à la méthode expectante les armes modernes fournies par la ponction lombaire et par les injections intra-rachidiennes de métaux colloïdaux [1], agents très diffusibles dont l'action d'imprégnation espérée s'étend bien réellement des méninges spinales aux méninges cérébrales, comme le prouve l'autopsie relatée plus haut.

Quelque décevantes que soient, trop souvent hélas ! les interventions méningo-encéphaliques, la chirurgie otologique a le devoir de ne pas les rejeter.

C'est de l'analyse minutieuse et de l'étude intégrale de tous les cas opérés, surtout les plus difficiles et les plus complexes, que naîtra peut-être un jour la méthode idéale du diagnostic précoce conduisant au traitement hâtif, le seul qui puisse être efficace.

1. Traitement de la méningite généralisée septique, d'origine otique, par Paul Laurens (*Bulletins et Mémoires de la Société d'oto-rhino-laryngologie*, mai 1908).

III

EMPYÈME AIGU DU LABYRINTHE ETHMOÏDAL AVEC FORTE EXOPHTALMIE

Opération par la voie endo-nasale. Guérison.

Par **M. HAJEK**, Privat-docent à l'Université royale de Vienne.
[Traduction par Léon Delmas, de Paris.]

Les complications orbitaires dans les inflammations aiguës et chroniques du labyrinthe ethmoïdal ne rentrent pas dans la catégorie des grandes raretés ; la publication d'un cas ne doit donc pas avoir la prétention d'offrir un bien grand intérêt ; et nombre d'auteurs ont observé une rétrocession et même une guérison complète des accidents orbitaires par le traitement endo-nasal. J'ai déjà, à ce sujet, rapporté le résultat de Grünwald [1] de mes expériences dans la première édition de mon livre sur « les affections inflammatoires des cavités accessoires du nez » (1898) ; et, depuis cette époque, le nombre des observations s'est considérablement accru. Si, aujourd'hui, je livre une observation de ce genre à la publicité, c'est à cause des idées qu'elle m'a suggérées sur la dilatation du labyrinthe ethmoïdal et ses rapports avec l'orbite et sur l'explication possible de ces phénomènes.

Voici l'observation :

Le 7 juin 1907, M. le docteur N.. vint pour la première fois à ma consultation ; il se plaignait de souffrir, depuis huit jours environ, d'un violent rhume de cerveau, accompagné, depuis quatre jours, d'une exophtalmie de l'œil droit. Il ne présentait pas de troubles particuliers, si ce n'est qu'il souffrait du côté droit de la tête ; mais les douleurs ressenties étaient peu fortes. Depuis des années, il était atteint d'un coryza chronique qui, cependant, ne l'importunait pas outre mesure. Après l'avoir questionné, il nia être allé voir un oculiste, attendu qu'il considérait son exophtalmie comme étant liée au coryza et il préféra plutôt consulter un spécialiste des maladies du nez. Le malade n'a jamais eu de fièvre ; et dans ces quatre derniers jours, le thermomètre indiquait une température normale.

État actuel. — A première vue, le malade présente une exophtalmie considérable de l'œil droit ; il n'y a pas d'œdème des paupières ni de la conjonctive ; autant que j'ai pu en juger, il n'existe extérieurement aucun phénomène inflammatoire, et la mobilité du globe

1. Die Lehre von den Naseneiterungen. München, 1893.

oculaire ne semble même pas être troublée. En tout cas, j'eus la ferme conviction qu'il s'agissait là d'un état pathologique ayant son point de départ dans les fosses nasales ou les cavités accessoires du nez et que la luxation de l'œil était un phénomène purement mécanique ; car l'absence de tout signe d'inflammation permettait d'écarter l'hypothèse d'une affection de l'orbite, et de penser que le processus morbide devait se trouver dans le tissu cellulaire rétro-bulbaire. Toutefois je réservais mon diagnostic ; car, moi-même, je n'ai jamais vu de cas semblables et je n'en connais pas qui aient été publiés dans la littérature médicale.

Examen rhinoscopique. — La rhinoscopie nous montre, avant tout, des rapports tout à fait normaux à gauche. Au contraire, à droite, la narine est rétrécie par une forte déviation de la cloison ; il me fallut, d'abord, anesthésier cette fosse nasale avant de pouvoir l'examiner et c'est ensuite que je pus constater l'existence d'une sécrétion muco-purulente dans le méat moyen droit. L'éclairage du sinus maxillaire révèle, à droite, un obscurcissement très net de la région infra-orbitaire. Les deux sinus frontaux ne présentent aucune différence à l'éclairage ; ils sont assez sombres et permettent de conclure à un épaississement notable des parois osseuses. La ponction du sinus maxillaire droit me permit d'évacuer une grande quantité de liquide muco-purulent : il s'agissait donc, selon toute apparence, d'un empyème du sinus maxillaire. Le lendemain, je voulus faire un examen sérieux des cavités nasales supérieures et postérieures et soumettre le malade à un examen rhinoscopique complet, puis l'adresser à l'oculiste et faire un radiogramme pour obtenir une image parfaite du siège de l'affection.

Le lendemain, je fis une nouvelle inspection des parties externes du nez ; puis je cocaïnisai le cornet moyen droit et la fente olfactive ; cette dernière n'était pas facile à anesthésier à cause de la forte déviation de la partie supérieure de la cloison du nez. Non sans peine, je réussis à introduire un petit tampon imbibé de cocaïne dans la fente et, au bout de 10 minutes, j'en faisais le cathétérisme. Je pensais même à un processus inflammatoire ayant son siège à la partie postérieure du labyrinthe ethmoïdal et je voulus pousser mon examen jusqu'au sinus sphénoïdal. Après avoir introduit ma sonde dans la fente olfactive et avoir exploré, avec son extrémité, la paroi moyenne du labyrinthe ethmoïdal, j'eus la sensation nette que cette paroi était élastique ; et cette élasticité se retrouvait aussi bien à la face moyenne du cornet moyen que, plus loin, en haut et en arrière, à toute la paroi moyenne de la capsule ethmoïdale. Puis, après m'être, à différentes reprises, assuré de l'existence de l'élasticité de la paroi, j'introduisis mon stylet ethmoïdal dans la fente olfactive et je déchirai la paroi interne du labyrinthe ethmoïdal ; cette manœuvre fit aussitôt jaillir, dans le nez, une certaine quantité de pus épais, jaunâtre, qui aurait pu certainement remplir au moins deux cuillers à café ; et ma surprise fut extrême lorsque je vis que, en moins d'une demi-minute après l'ouverture du labyrinthe, l'exophtalmie avait

complètement disparu. Un examen sérieux de l'œil, fait le lendemain par l'oculiste, ne révéla aucune espèce de trouble oculaire. Lorsque le pus eût été évacué, j'introduisis une sonde dans la cavité ouverte de l'ethmoïde et je pus constater les dimensions considérables de cette cavité ; celle-ci s'étendait de l'extrémité la plus antérieure du cornet moyen à la paroi antérieure du sinus sphénoïdal ; en haut, elle remontait jusqu'au voisinage de la lame criblée et, en arrière, du côté externe, c'est-à-dire vers l'orbite, elle présentait un évidement plus grand. Enfin, j'agrandis encore cette cavité par l'ablation de quelques fragments de sa paroi interne.

La sécrétion se tarit complètement en deux ou trois jours sans qu'il me fût nécessaire d'enlever le revêtement muqueux. L'examen microscopique des quelques fragments provenant de la paroi interne de la cavité à laquelle ils étaient adhérents nous révéla l'existence d'une tuméfaction œdémateuse aiguë de la couche muqueuse ainsi que nous avons l'habitude de le voir dans les affections inflammatoires aiguës des tissus de revêtement des sinus.

L'empyème du sinus maxillaire est apparu ensuite comme une affection chronique qui céda d'une façon définitive, à l'opération radicale après anesthésie locale.

Maintenant, si je me base sur cette observation pour rechercher quel a été le point de départ de l'affection, voici comment les choses ont pu se passer :

Dans un cas d'empyème chronique du sinus maxillaire droit, c'est à l'occasion d'un coryza qu'apparut un foyer de suppuration dans une grande cellule ethmoïdale, occupant presque toute la périphérie de l'ethmoïde et incluse en partie dans le cornet moyen ; et cette suppuration donna lieu, en l'espace de quelques jours, à une dilatation notable de la partie postérieure du labyrinthe, du côté de l'orbite (c'est-à-dire rétro-bulbaire) sans provoquer de phénomènes inflammatoires de l'orbite ; aussitôt après l'ouverture du labyrinthe ethmoïdal et l'évacuation du pus, l'exophtalmie disparut. La guérison fut rapide et l'examen microscopique vint affirmer le caractère aigu du processus morbide.

Dans l'observation sus-mentionnée, il y a lieu de considérer trois périodes : 1° l'apparition d'une dilatation considérable survenant d'une façon aiguë à la suite d'une suppuration ; 2° la grandeur anormale de la cavité ; 3° la disparition rapide de la dilatation.

1° C'est un fait tout à fait remarquable et peu ordinaire de voir se produire une dilatation d'un sinus (du labyrinthe ethmoïdal dans le cas présent), à la suite d'une inflammation aiguë ; car, la plupart de nos observations montrent que les affections inflammatoires sinusales ne sont pas du tout capables de provoquer une véritable dilatation des sinus ; il n'y a que les mucocèles du sinus frontal et du labyrinthe ethmoïdal qui ont cette

propriété. Les suppurations ne donnent pas de dilatations des parois osseuses, mais seulement des épaississements inflammatoires des parois sinusales à point de départ périosté : c'est ce que nous montre le nombre important des cas observés par la plupart des auteurs. Il est vrai qu'il existe toute une série de cas d'inflammation chronique du sinus frontal et du labyrinthe ethmoïdal, avec dilatation, qui ont été observés et décrits. Mais ces phénomènes ne concernent presque toujours que des cas chroniques dans lesquels, selon toute vraisemblance, il existait primitivement une mucocèle ; et c'est dans un stade relativement tardif que l'on voit la mucocèle suppurer.

Cette opinion, défendue par Kuhnt et par moi, ne fut pas partagée par Gerber [1]. Dans son travail, cet auteur est d'avis qu'un empyème chronique peut conduire à la dilatation sans passer, au préalable, par la phase d'une mucocèle. Sans vouloir faire ici la critique de cette hypothèse et disserter sur sa plus ou moins grande valeur [2], le cas que j'ai observé semble prouver, d'après les faits, mais d'une façon non irréfutable, qu'une suppuration aiguë peut amener une dilatation considérable en l'espace de quelques jours. Il est vrai, qu'à propos de mon malade, on peut émettre l'hypothèse *a priori* qu'il existait une mucocèle chronique, apparue peut-être de bonne heure et qui s'est infectée secondairement, ainsi que cela s'est rencontré dans la plupart des dilatations du sinus frontal à contenu purulent. Cette hypothèse peut n'avoir ici aucune valeur ; car, au début, on ne remarqua aucun signe de dilatation ni exophtalmie.

En outre, ce qui prouve qu'il ne s'agissait pas d'un processus morbide chronique, c'est : 1° l'examen microscopique des fragments excisés de la muqueuse ; 2° la guérison complète de la grande cavité du labyrinthe ethmoïdal après une seule évacuation du pus. Or, les parois osseuses des sinus, qui ont été dilatées par un processus chronique, ne guérissent pas brusquement après l'évacuation de leur contenu ; elles reviennent progressivement à leur état primitif et souvent l'on est obligé de réséquer la plus grande

1. Gerber. Die Komplikationen der Stirnhöhlenentzündungen. Berlin, 1909.

2. Voir ma discussion du rapport de Gerber à la Société des Naturalistes de Dresde (1907).

Malheureusement, mon très distingué collègue, le Dr Gerber, que je tiens en haute estime, a relaté dans son travail (p. 17) le contenu de cette discussion qu'il n'a reproduite ni textuellement, ni dans son sens exact. Je dois donc demander à tous les auteurs qui s'intéressent à cette question, de vouloir bien rechercher des renseignements sur cette discussion dans les comptes rendus de la Société des Naturalistes de Dresde (1907).

partie des parois. Dans le cas que j'ai observé, on a pu, en réalité, trouver une dilatation de la paroi, qui a persisté pendant un court laps de temps; mais celle-ci revint très vite à sa position primitive après l'évacuation du pus; et cette régression se traduisit par une disparition presque subite de l'exophtalmie.

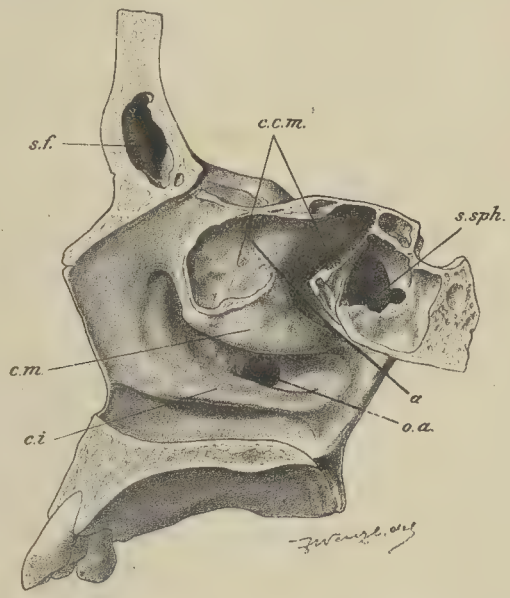
De plus, ce qui me laisse penser qu'il s'est agi réellement d'une dilatation plutôt que d'une infiltration inflammatoire du tissu rétro-bulbaire, c'est le manque absolu, en quelque endroit que ce soit, de tout signe d'inflammation ; et il n'y avait pas de troubles de la vision ni de limitation des mouvements du globe oculaire. Le moindre doute à ce sujet serait levé par la disparition immédiate de l'exophtalmie ; car il est impossible qu'une exophtalmie produite par une infiltration inflammatoire puisse disparaître complètement en quelques secondes.

En m'appuyant sur ce cas, je suis obligé de laisser tomber, en principe, tout mon scepticisme en ce qui concerne l'apparition possible de la dilatation des parois osseuses du labyrinthe ethmoïdal, à la suite d'une inflammation primitive, aiguë ou chronique, s'il me faut croire que cet état pathologique puisse rentrer dans la catégorie des cas rares, et si je dois admettre que, dans les modifications inflammatoires des sinus, il est de règle de voir se produire, non des dilatations, mais des altérations inflammatoires du périoste avec ou sans fistulisation.

2° Ce qui nous surprend, c'est la grandeur anormale de la cavité qui s'étendait de l'extrémité antérieure du cornet moyen au sinus sphénoïdal. Un tel phénomène serait facile à expliquer, s'il s'agissait d'une mucocèle chronique vraie ou d'une mucocèle suppurée.

Dans des cas semblables, il arrive, ainsi qu'en témoignent plusieurs cas déjà publiés, que, avec le temps, les cloisons du labyrinthe ethmoïdal se résorbent et le transforment ainsi en une cavité. Chez notre malade, cette interprétation ne saurait être admise; car il faut exclure, chez lui, toute idée d'évolution de longue durée. Nous devons plutôt admettre qu'il s'agit là d'un labyrinthe ethmoïdal qui s'est développé d'une façon particulière et d'une cellule ethmoïdale ayant des dimensions anormalement grandes. Cet état se retrouve dans quelques observations qui semblent avoir de grands points de ressemblance avec la préparation représentée dans la figure ci-jointe. On voit une cellule de la partie postérieure du labyrinthe, qui va jusqu'au sinus sphénoïdal, présenter une minceur extrême de sa paroi postéro-externe; celle-ci est constituée par la lame papyracée; et sa minceur lui permet de s'étendre facilement. Seulement, avec

cette interprétation qui se trouve d'ailleurs confirmée par l'introduction de la sonde dans l'ouverture du sinus, tout ne se trouve pas expliqué.



3° Il y a lieu de considérer comme un résultat thérapeutique tout à fait spécial d'avoir pu, dans un empyème du labyrinthe ethmoïdal avec menace d'exophtalmie, amener la disparition du processus morbide, dans un temps très court, en empruntant la voie endonasale, c'est-à-dire en faisant une opération relativement insignifiante.

IV

SUR LE DIAGNOSTIC PRÉCOCE ET SUR LE TRAITEMENT DU CANCER LARYNGÉ

Par **S. M. BOURACK** (de Charcoff).

[Traduction par Michel de Kervily, de Paris.]

Dans ce travail, je me propose un double but. Je voudrais d'abord, en me basant sur l'étude de la bibliographie autant ancienne que nouvelle et aussi sur mon expérience personnelle, présenter une revue critique de la séméiologie de la période initiale du cancer laryngé, principalement du cancer que l'on appelle endolaryngé, qui reste le plus longtemps une affection purement locale et qui offre souvent de très grandes difficultés pour le diagnostic. Je voudrais aussi présenter un tableau aussi complet que possible de l'état où se trouve actuellement la question du traitement du cancer laryngé, autant par les méthodes chirurgicales que par les méthodes conservatrices. Après avoir éclairci les contradictions qui existent actuellement, j'essayerai de déterminer les limites où peut s'exercer notre intervention sur le larynx.

Diagnostic. — Le diagnostic des formes de début du cancer laryngé exige souvent, outre une grande expérience et une certaine perspicacité, une appréciation sévère de la marche clinique et de la somme des symptômes subjectifs et objectifs dont chacun en particulier, comme nous le verrons plus loin, n'a rien de pathognomonique.

Des erreurs de diagnostic ont été faites par des auteurs [1] tels que B. Fraenkel, Semon, Fauvel, Schech, M. Schmidt, Simanovsky, etc., qui ont décrit une série de cas où le diagnostic n'a pu être posé même après l'examen microscopique d'un fragment de tumeur ou de tissu infiltré enlevé par biopsie.

Les stades de début du cancer laryngé échappent souvent à

1. L'histoire de la maladie de l'empereur d'Allemagne, Frédéric III, est très instructive à cet égard. L'affection de l'empereur a été longtemps traitée comme une simple pachydermie même après l'examen microscopique pratiqué par Virchow. Ce n'est que plus tard que le cancer laryngé a pu être diagnostiqué.

notre observation, justement parce qu'ils peuvent apparaître en ne causant aucune gêne ou une gêne minime au malade, principalement lorsqu'il s'agit de cancer des cordes vocales, des ventricules de Morgagni et de l'espace interaryténoïdien, plutôt que quand c'est la région sous-ligamenteuse du larynx qui est atteinte.

L'état général des malades peut assez longtemps, quelquefois pendant plusieurs années, rester florissant. Un *léger enrouement* en l'absence de toute douleur, attire en général peu l'attention des malades et souvent elle est mise sur le compte d'un « catarrhe chronique ». A un stade un peu plus avancé, lorsque l'enrouement est devenu plus marqué, les spécialistes ont plus souvent l'occasion de voir ces malades et souvent l'affection est prise pour un catarrhe chronique, pour une pachydermie, pour la syphilis, la tuberculose, etc., et l'on soumet les malades à un traitement correspondant. On peut observer des formes particulièrement typiques où le cancer laryngé apparaît assez tôt sous forme de tumeur d'aspect papillaire avec un contour irrégulier, avec une surface couverte de saillies mamelonnées, où il semble que la tumeur a une implantation profonde au milieu de la région infiltrée d'où elle fait saillie. Dans ce cas, la tumeur se désagrège facilement en donnant naissance à des ulcérations profondes avec des bords parsemés de nodules et avec un fond bosselé de saillies qui donnent naissance à de nouvelles saillies, à de nouveaux bourgeonnements, tandis qu'à la périphérie de l'ulcération on voit des signes manifestes d'inflammation néoplasique ou de troubles de la circulation. Mais il existe aussi des cas où le développement de la tumeur se fait surtout dans la profondeur sous forme d'une tuméfaction infiltrée qui est limitée ou diffuse. Dans quelques cas très rares, il est vrai, vrai, le principal développement de la tumeur se fait au-dessous de la surface dont l'aspect ne paraît pas modifié. On a alors l'apparence d'un papillome bénin ou même d'un polype fibreux ordinaire (*carcinome polypoïde de Fraenkel*). De semblables tumeurs ont été décrites, outre Fraenkel, par Schnitzler, Schech, Krieg, Schrötter et par quelques autres auteurs encore.

La *surface* d'une néoformation cancéreuse peut, dans de rares cas, se présenter comme tout à fait régulière, et la périphérie ne présenter aucune trace d'irritation. Le tissu sous-jacent peut n'avoir aucun signe d'infiltration.

La *consistance* de la néoformation cancéreuse, de même que sa *coloration*, peuvent ne présenter rien de particulier. On peut observer des nodules cancéreux non seulement indurés, mais

aussi assez mous. Leur coloration peut être rouge avec des teintes différentes, ou grisâtre, ou blanchâtre, etc. Les prolongements blanchâtres comparables à des fils de laine, auxquels B. Fraenkel a donné pendant un certain temps une signification pathognomonique au point de vue de cancer, présentent une analogie complète à l'aspect laryngoscopique avec les papillomes cornés.

La *grande énergie de croissance* peut également faire défaut dans certains cas. Assurément, un cancer externe (selon la classification de Krieshaber), par suite des irritations mécaniques, doit avoir une grande rapidité d'évolution, mais un cancer interne, comme par exemple un cancer d'une corde vocale ou de la paroi postérieure du larynx, peut présenter de grandes variations dans sa marche. Tantôt il reste dans le même état pendant longtemps (une à trois années), tantôt il a une progression rapide, tantôt il présente une certaine périodicité dans sa croissance. Cependant, cette *croissance périodique* est notée dans l'histoire du développement d'autres tumeurs qui sont prises souvent pour des cancers, en particulier lorsqu'il s'agit de tuberculose ou même, il est vrai très rarement, lorsqu'on est en présence de papillomes de nature bénigne. Une *guérison apparente* n'élimine pas l'existence d'un cancer (Sokolowski). Billeter admet même qu'une ulcération cancéreuse peut se cicatriser, ce qui, du reste, est cependant très douteux. La *localisation de la lésion* n'offre pas de signification particulière pour le diagnostic. Un cancer laryngé peut se rencontrer dans toutes les régions du larynx, mais dans certaines régions plus souvent qu'en d'autres. Il semble qu'on l'observe le plus souvent au niveau des cordes vocales vraies, comme l'admettent Gerhardt, Semon, Fraenkel, Jurasch, Schech, et d'autres, contrairement à l'opinion de Mackenzie, de Fauvel et de Baratoux qui ont observé le plus souvent le cancer laryngé au niveau des fausses cordes vocales.

L'état des ganglions lymphatiques donne aussi peu d'indications pour le diagnostic du cancer laryngé, car 1° dans les cas de cancer endolaryngé les ganglions sont rarement augmentés de volume. Krishaber, par exemple, ne trouvait de la tuméfaction des ganglions que dans les cas de cancer externe. Schwartz, dans dix-sept cas de cancer endolaryngé, n'a trouvé de l'augmentation de volume des ganglions que dans quatre cas. L'explication de ce fait nous est fournie par la disposition anatomique : les vaisseaux lymphatiques sont en effet très pauvrement représentés dans cette région ;

2° L'augmentation de volume des ganglions lymphatiques peut

avoir une autre étiologie : elle peut être due à un œdème inflammatoire ou à une infiltration (Lublinski) ;

3° Il est difficile de découvrir les ganglions dans la profondeur des tissus mous, dans la région carotidienne (Fraenkel). Ce n'est que dans des cas exceptionnels que l'on trouve à un stade initial de l'affection de gros paquets de ganglions (Bruns, Lublinski, Fauvel, Fraenkel).

Le cancer du larynx peut souvent apparaître sous forme de périchondrite purulente, avec nécrose du cartilage, allant jusqu'à la perforation de ce dernier. On a souvent un aspect si typique d'une périchondrite que des cliniciens aussi expérimentés que Semon et Wolfenden ont été trompés plus d'une fois. On a décrit des cas où le caractère réel de l'affection n'a été reconnu qu'à l'autopsie. On sait que c'est sous forme de périchondrite qu'a débuté l'affection du précédent empereur d'Allemagne (Semon). Moi-même j'ai observé un cas où l'affection, au début, s'est présentée à mon examen et à celui de plusieurs de mes confrères sous forme d'inflammation du cartilage thyroïde et ce n'est qu'après des examens microscopiques répétés que l'on put reconnaître l'existence d'un cancer laryngé.

On ne peut pas non plus trouver une indication dans l'*état des autres organes*, car les métastases sont très rares dans cette affection (Eppinger, Landgraf).

On croyait auparavant que le cancer était le triste privilège d'un *âge* avancé. Il y a cependant un grand nombre d'observations où le cancer laryngé a été observé à un âge jeune, même chez des enfants. Ce sont notamment les cas de Garel (cancer laryngé chez une jeune fille de 18 ans), de Rehn (chez un enfant de 3 ans), de Schrötter (enfant de 3 ans 1/2), de Streiner (enfant de 6 ans), etc. D'après la statistique de Sendziak qui a réuni tous les cas de cancer laryngé jusqu'à 1894, on peut voir que sur 479 cas, il y a 5 cas chez de jeunes malades de 10 à 20 ans, 22 cas concernant des malades âgés de 20 à 30 ans, 188 cas chez les malades de 50 à 60 ans, etc. En résumé, il y a 83 °/₀ des cas concernant des malades âgés de plus de 40 ans et 16 °/₀ pour les malades ayant moins de 40 ans.

Le diagnostic ne peut pas, non plus, recueillir des indications certaines dans la constatation d'autres conditions comme l'hérédité, l'existence de la tuberculose pulmonaire ou laryngée, la syphilis laryngée, les traumatismes, des laryngites antérieures, des lésions mécaniques, etc. L'*hérédité* s'observe rarement (Lublinski, Krishaber). La tuberculose et le cancer laryngés peuvent se développer côte à côte (Krishaber, Sokolowski,

Semon, etc.), de même que la syphilis et le cancer laryngé (Reiner, Beale, Weil, etc.). L'association même de ces trois affections, cancer, syphilis et tuberculose est possible.

On peut déduire très souvent des notions très précieuses *du traitement d'épreuve*; malheureusement ce n'est pas constant. En effet : 1° Les premières doses d'iodure de potassium produisent quelquefois une amélioration dans les cas de cancer laryngé (voir à ce sujet la communication de Fraenkel en 1889 et le travail de Hoppmann).

D'un autre côté, on connaît des cas où des manifestations tertiaires de la syphilis dans le larynx ne cèdent pas à l'iodure de potassium. Dans les cas habituels, cependant, l'effet de l'iodure de potassium dans la syphilis laryngée se produit d'une façon rapide et sûre, comme j'ai eu encore l'occasion de l'observer récemment chez deux malades de 50 et de 58 ans qui avaient des lésions laryngées très suspectes au point de vue de cancer.

2° Il existe des observations où l'action de l'iodure de potassium et du mercure a été positive dans des cas de tuberculose laryngée (voir Grünberg : Ueber den günstigen Einfluss des innerlichen Gebrauches von Iod Kali auf die Tuberculose der oberen Loftwege [1]). Dans un autre travail [2], Grünberg cite 6 cas où une action favorable a été obtenue par l'administration à l'intérieur d'iodure de potassium (2 gr. par jour) et de mercure (en injections). On peut voir encore à ce sujet la communication du professeur Körner à la Société de Médecine de Rostoff, dans la séance du 11 avril 1907.

On n'obtient pas non plus d'indications de grande valeur pour le diagnostic si l'on examine les *signes subjectifs* parmi lesquels on peut ranger l'enrouement, la dyspnée, la toux, une excrétion exagérée de crachats et de salive, les douleurs, etc. En effet, tous ces signes s'observent aussi dans la laryngite chronique, dans la syphilis et dans la tuberculose laryngées. Quelques auteurs donnent une grande valeur diagnostique à une odeur fétide de la bouche et à des douleurs lancinantes dans l'oreille. Mais l'odeur fétide ne s'observe pas dans le stade initial, et d'autre part, on l'observe dans les cas d'ulcérations tuberculeuses avec infection mixte secondaire. Les douleurs lancinantes dans l'oreille s'observent surtout dans une période très avancée de l'affection et le plus souvent dans les cas de cancer externe. D'autre part, on peut les observer quelquefois aussi dans des cas

1. *Zeit. f. Chir.*, 1907, IX, et *Zeit. f. Ohrenh.*, Bd. 53. H. 4, 1907.
2. Grünberg, *Münch. med. Wochen.*, n° 34, 1907.

de tuberculose laryngée, surtout lorsque la région des cartilages aryténoïdes est atteinte. Ce sont des douleurs réflexes qui se produisent par suite du rapport des rameaux nerveux auriculaires du nerf vague avec le plexus tympanique.

Une importance plus grande pour le diagnostic est fournie par la diminution de la *mobilité des cordes vocales* et, dans des stades plus avancés, par la perte complète de cette mobilité. On l'observe le plus souvent, d'un seul côté. Mais, malgré la grande autorité de Semon, on ne peut malheureusement pas, selon moi, avoir une confiance entière en ce signe. En effet, j'ai observé de la diminution de la mobilité des cordes vocales dans des cas de tuberculose laryngée. Une tumeur sous-ligamenteuse peut produire une compression du nerf récurrent aussi bien qu'une infiltration qui pénètre insidieusement de l'espace sous-ligamenteux vers le cartilage aryténoïde, vers le muscle thyro-aryténoïdien ou vers le muscle crico-aryténoïdien latéral (Schrötter, Krishaber, Fraenkel). Un grand nombre d'auteurs ont indiqué combien il y a là de difficultés pour le diagnostic; citons entre autres Landgraf, Hunter, Mackenzie, Semon, Stœrk, etc.

Des *douleurs provoquées par la palpation* ou des douleurs spontanées peuvent s'observer dans le cancer laryngé lorsqu'il y a des lésions inflammatoires notables et des ulcérations profondes, mais ces signes ne se rapportent pas non plus à des stades de début du cancer laryngé. Quoique la dégénérescence de la tumeur cancéreuse ou celle d'une infiltration ont ordinairement une marche différente de ce que l'on observe dans les autres formes (extension rapide de l'ulcération, désagrégation en rapport avec l'ancienneté du développement, bords indurés contenant des nodules, fond bosselé parsemé de granulations, etc.) (Gottstein), il existe cependant des formes que l'on appelle atypiques. Dans ce dernier cas, les ulcérations ne diffèrent en rien des ulcérations tuberculeuses ou syphilitiques, leurs bords sont presque réguliers, etc. Assurément, en suivant les progrès de l'affection, le diagnostic devient plus facile, car *dans les cas de syphilis ou de tuberculose laryngées, la tumeur devient presque toujours moins volumineuse, ce qui ne se produit pas s'il s'agit de tumeur cancéreuse.* Cependant, il est possible là encore de faire la confusion avec une ulcération tuberculeuse, surtout lorsque le siège est au niveau de l'espace inter-aryténoïdien, dans la forme que l'on appelle végétante, lorsque du fond et des bords de l'ulcération sortent d'abondantes granulations.

Dans les cas douteux, on est obligé, assurément, d'avoir recours à l'*examen microscopique*. Ce moyen est le plus probant, mais il n'est pas absolument certain.

Jurasz (voir dans le *Traité de Heymann* le chapitre sur le cancer laryngé) rappelle que la structure histologique du cancer peut, dans quelques cas rares, n'avoir aucune particularité caractéristique. Semon et Cl. Wagner citent des cas où au sujet d'une même pièce envoyée à différents spécialistes pour l'examen microscopique, on a obtenu des réponses différentes. Ainsi, dans un cas, les réponses ont été : « papillome simple », « sarcome papillomateux », « sarcome épithélial » etc. Semon cite encore un cas intéressant où, d'après l'aspect microscopique, il n'était pas possible de résoudre si l'on avait affaire à un tuberculome ou à un carcinome. Des erreurs de diagnostic ont été décrits par Fraenkel, par Schmiegelow (une tuberculose laryngée a été diagnostiquée comme cancer), par Pierce, par Semon[1], par Marmond, par Wallace, etc.

Dans la clinique de Simanovsky, il y a eu un cas où le diagnostic d'après l'examen microscopique a été de « papillome » mais pendant l'opération on s'aperçoit qu'il s'agissait de cancer[2]. Jurasz dit même qu'il tient compte plus de la marche clinique que de l'examen microscopique. Une telle affirmation est assurément très subjective.

Dans la plus grande majorité des cas, l'examen microscopique tranche la question d'une façon tout à fait catégorique. Mais les conditions qui ont permis de recueillir le fragment pour l'examen ont incontestablement une très grande importance. *Un résultat douteux est quelquefois dû à la faute du médecin* qui a enlevé un petit fragment soit au milieu des granulations végétantes qui recouvrent quelquefois les bords du cancer, soit de l'intérieur des couches pachydermiques qui recouvrent la néoformation typique. D'après mon expérience personnelle [3], je puis citer plusieurs cas où l'examen microsco-

1. Semon, sur deux cents douze cas de cancer du larynx rassemblés de 1897 à 1907 a compté huit cas d'erreur de diagnostic. Deux fois une tuberculose laryngée a été prise pour un cancer. Trois fois il s'agissait non pas d'un cancer, mais de granulomes infectieux. Dans trois cas, le diagnostic est resté en suspens entre une néoformation bénigne ou maligne. Dans un cas, un papillome bénin a été considéré comme un cancer. On peut voir à ce sujet : Einige Punkte in der Diagnose und Therapie des Kehlkopfkrebses (*Intern. Centr. f. Laryng.*, 1907, VI, p. 218).

2. Fournier soutient qu'il n'existe pas toujours un aspect suffisamment net à l'examen histologique pour pouvoir différencier un cancer d'un papillome du larynx.

3. Pendant la période de 1897 à 1907, j'ai observé à ma consultation et dans ma clinique (depuis 1906) plus de 10.000 malades dont 85 étaient atteints de cancer laryngé. Dans ce nombre, je ne fais pas entrer les cas de cancer laryngé que j'ai observés à la Clinique thérapeutique de Charcoff de 1896 à 1899 et dans les différentes cliniques à l'étranger.

pique n'a pu établir le diagnostic qu'après la seconde ou la troisième biopsie. Chez un des malades portant une tumeur bourgeonnante avec ulcération cratériforme et avec des bords anfractueux qui siégeait dans l'espace interaryténoïdien et au niveau de la moitié postérieure de la vraie corde vocale droite, j'ai enlevé deux fois des fragments au moyen de la pince coupante de Krause pour l'examen microscopique, et les deux fois les spécialistes m'ont donné une réponse indéterminée. J'ai eu alors recours à la curette double de Landgraf et j'ai enlevé la plus grande partie de la tumeur sous forme d'un fragment ayant plus de 1 centimètre dans le sens de la profondeur, et on put reconnaître alors un épithélioma typique. Les végétations qui avaient été enlevées précédemment n'étaient que de nature inflammatoire.

Dans un autre cas où j'avais diagnostiqué une tuberculose laryngée (il y avait des bacilles de Koch dans les crachats), je fis un curetage énergique et j'enlevai en une seule fois plusieurs gros fragments ayant plus d'un centimètre d'épaisseur. Il se trouva, contre toute attente, que ces fragments étaient de nature cancéreuse. On peut trouver des cas analogues chez Semon, Buthin et Jurasz.

Certains laryngologistes éminents sont pourtant *contre la méthode* de biopsie. Nous pouvons citer Mackenzie comme en étant un des principaux adversaires, soutenant qu'en pratiquant une biopsie nous faisons courir au malade le risque d'auto-infection, de la formation de métastases et d'une accélération dans le développement de la tumeur. Dans les cas douteux, cet auteur admet la laryngotomie exploratrice, et en général il porte une plus grande confiance à l'examen à l'œil nu qu'à l'examen microscopique. Delavan est devenu également adversaire de l'excision d'épreuve, après avoir observé deux cas où les résultats fournis sont restés douteux. Cependant Semon n'a vu que trois cas où il s'est produit une métastase, et encore ces dernières n'ont pas été consécutives à une opération. L'autoinfection est aussi d'une grande rareté.

Il est vrai qu'il existe des observations où la néoformation, après une biopsie a commencé à s'accroître rapidement [1].

Par conséquent, nous devons suivre le conseil donné par Semon, et avant d'entreprendre une biopsie, il faut exposer au malade qu'il doit consentir à une opération dans le cas où l'exa-

1. Browne admet même la possibilité d'une transformation d'une tumeur bénigne en une tumeur maligne après une opération endo-laryngée. Cependant cette opinion est contredite par Semon, Navratil, etc.

men montrera qu'il s'agit d'un cancer. En général, il me semble qu'on doit prendre pour règle de faire examiner au microscope toutes les tumeurs laryngées dont on fait l'ablation.

Nous venons d'examiner toutes les données qui constituent la séméiologie des formes précoces du cancer laryngé et nous n'avons trouvé aucun signe qui soit absolument certain. Cependant il ne faut pas tomber dans un scepticisme inutile, car dans la plus grande majorité des cas, le diagnostic exact de l'affection peut être établi d'après l'ensemble des signes subjectifs et objectifs et principalement d'après la marche clinique de la maladie. Des lésions chroniques qui apparaissent dans le larynx sans étiologie déterminée doivent attirer notre attention vers l'idée de la possibilité d'un cancer du larynx principalement chez des personnes âgées et vigoureuses. Les différents signes que l'on pourra constater seront : un enrouement périodique de la voix (Jackson), une tuméfaction blanchâtre avec inflammation réactionnelle à la périphérie (Fraenkel) une infiltration localisée dans l'épaisseur de la muqueuse avec une zone périphérique irrégulière et de coloration rouge-grisâtre, sans contour nettement délimité, une hyperémie unilatérale ou seulement partielle, un nodule de petit volume placé en long dans la portion postérieure de la corde vocale qui a perdu sa mobilité, des végétations mamelonnées avec tendance à l'accroissement rapide et à la désagrégation.

En cé qui concerne les modifications du sang, il est encore trop tôt de s'en servir comme d'éléments de diagnostic. On peut à leur sujet voir les débats qui ont eu lieu dans l'Assemblée des chirurgiens à Moscou en 1906 (à propos de la communication de Borodouline).

Traitement du cancer laryngé.

Un diagnostic aussi précoce que possible du cancer laryngé augmente les chances d'un résultat favorable à la suite de l'intervention opératoire, d'autant plus que ce cancer peut rester pendant des années comme nous l'avons déjà noté plus haut, sous forme d'affection purement locale.

Le traitement doit être chirurgical, mais le mode d'intervention doit se conformer avec le degré d'envahissement de la tumeur, avec sa marche et jusqu'à un certain point avec ses particularités histologiques (Navratil). On sait que les encéphaloïdes et les squirrhes sont d'un pronostic incomparablement plus mauvais que les cancers glandulaires et, en particulier, que les épithéliomas. Ce sont heureusement les tumeurs les

moins malignes qui sont les plus fréquentes [1]. C'est pourquoi Navratil par exemple considère qu'il est nécessaire de faire l'ablation complète du larynx même lorsqu'il n'y a qu'une infiltration insignifiante ou une petite tumeur qui présentent à l'examen microscopique la structure d'un encéphaloïde, tandis que s'il s'agit d'un épithélioma, l'indication d'une résection complète n'existe que quand il y a un large envahissement par la tumeur, quand les deux moitiés du larynx sont atteintes. Du reste, aussitôt que l'on entame le sujet des indications de tel ou de tel mode d'intervention opératoire, on se trouve inévitablement en présence de désaccords très marqués parmi les chirurgiens et parmi les laryngologistes. Un élément subjectif prend ici une grande place. Pour pouvoir faire une appréciation impartiale, il faut considérer les indications données par les chiffres qui, du reste, ne sont pas absolument infaillibles. En effet, des auteurs différents peuvent obtenir des résultats différents selon leurs procédés personnels, selon leur expérience, selon la qualité de leur matériel, et il n'est pas toujours facile de comparer les résultats d'une façon précise. Il est nécessaire, pour arriver à des conclusions suffisamment satisfaisantes, de rassembler un matériel aussi abondant que possible pour établir des comparaisons pendant des périodes de temps à peu près analogues. Il n'est pas douteux que pendant ces dix dernières années une amélioration dans la technique a provoqué parmi les chirurgiens et les laryngologistes un courant plus radical. La mortalité due à l'opération a diminué; les cas de guérison relative et même de guérison absolument radicale sont devenus plus fréquents, et, en général on considère le cancer du larynx comme une affection moins désespérée.

En comparant les statistiques de ces dernières années et celles qui concernent une époque déjà éloignée de 20 à 30 ans, nous pouvons nous assurer combien se sont étendues les limites du domaine où l'on a recours à des interventions chirurgicales pour le traitement du cancer laryngé, de même que pour le traitement du cancer d'autres organes.

La chirurgie suit donc une marche triomphale, allant de succès en succès [2].

1. Semon a observé des épithéliomas dans presque 40 °/₀ des cas. Schwarz dans plus de 65 °/₀, Ziemssen dans presque 90 °/₀. Sendziak dans sa statistique les a notés dans presque 50 °/₀ des cas.

2. Si nous comparons les statistiques faites par Winiwort pour 1878 (de la clinique de Billroth), Esmarch de 1850 à 1878, Miculicz 1871 à 1878, Volkmann 1874 à 1878, König 1875 à 1885, Angerer 1890 à 1899, Albert 1890 à

Il y a trente ou quarante ans, l'ablation totale du larynx était considérée comme une opération très risquée qui n'était entreprise que par quelques chirurgiens porteurs d'un nom célèbre. On sait qu'elle a été faite en premier lieu sur des chiens en 1870 (Czerny) et sur des hommes en 1873 (Billroth), puis elle fut pratiquée en 1879 par Langenbeck sans succès. Actuellement le nombre de chirurgiens qui pratiquent brillamment cette opération est très grand.

Mintz a publié récemment (*Archives russes de chirurgie*, 1907), 10 cas d'ablation totale du larynx pour cancer sans un seul cas de mort du fait de l'opération elle-même.

Nous examinerons maintenant séparement les différents modes d'intervention opératoire dans les cas de cancer laryngé.

I. — Résection totale du larynx.

Cette opération a acquis dans ces dernières années un grand nombre de partisans. Cependant certains chirurgiens ont à son sujet une opinion assez pessimiste et indiquent un grand nombre d'insuccès même pendant ces dix dernières années (Le Bec, par exemple). En effet, si l'on compare les chiffres, on voit qu'il existe de grandes différences dans les résultats des différents auteurs. Par exemple, dans la clinique de Diakonoff (de 1903 à 1905) sur douze cas de résection totale du larynx cancéreux, il y a eu neuf cas de mort, soit 74 °/₀. Volkovitch au contraire n'a eu sur 25 cas que 3 morts, c'est-à-dire 12 °/₀. Comme la vérité se trouve dans la moyenne, il nous faudra prendre le chiffre moyen après avoir réuni un nombre d'observations aussi grand que possible. Pour cela, nous utiliserons les statistiques établies par Sendziak dans sa monographie de 1886 à 1899 (Beitrag zur Therapie der Kehlkopfkrebses[1]), celle de 1906 (Zur Diagnose und Therapie des Larynxkrebses[2]) et enfin la dernière de 1908 (Traitement du cancer laryngé[3]). Nous examinerons ensuite les statis-

1900, Eiselsberg 1896 à 1900 et celles de ces dernières années établies par Kitter, Helferich et Collin, la différence saute aux yeux. La proportion des guérisons a augmenté énormément. Elle a passé de 4 °/₀ à 42 °/₀. En ce qui concerne le cancer de la peau, il y a aujourd'hui 61 °/₀ de guérisons. Pour le cancer de la lèvre inférieure, 65 °/₀. Pour le cancer du corps de l'utérus 75 °/₀, etc. Les chiffres cités plus haut se rapportent principalement au cancer du col, du sein, des lèvres, etc. La chirurgie du cancer du larynx ne peut encore se vanter d'un tel succès, quoiqu'elle soit un des domaines où la médecine pratique se montre la plus brillante.

1. *Monats. f. Ohrenh.*
2. *Zeits. f. klin. Medicin.*
3. Rapport présenté à la section oto-laryngologique du X^e^ Congrès des naturalistes et des médecins polonais à Lemberg.

tiques publiées à des périodes différentes et provenant des cliniques de Bergmann, de Kocher, de Diakonoff, etc., et enfin les statistiques particulières de différents auteurs comme Gluck, Volkovitch, Mintz, Laurens, Goris, Bodine, Hartley, Crile, Beck, etc. Mais, nous le répétons, comme ces statistiques ne comprennent pas de périodes de temps semblables, ne se rapportent pas à un matériel analogue, ni à des indications identiques pour la résection totale, il n'est pas possible d'attribuer aux conclusions données par ces chiffres une rigueur scientifique. Cependant on peut utiliser ces chiffres pour se faire une idée sur la valeur comparée et sur les avantages de tel ou tel mode d'intervention opératoire, c'est-à-dire sur le procédé endolaryngé, sur la laryngofissure, sur sa résection partielle et totale du larynx [1].

Au sujet de la résection complète du larynx nous avons les statistiques suivantes :

1° 188 cas rassemblés dans les premières statistiques de Sandziak (1886) où entrent 20 cas publiés par des auteurs russes.

2° 267 cas rassemblés dans la deuxième statistique (1899).

3° 404 cas rassemblés dans la dernière statistique (1907) où il y a 33 cas de guérison radicale et 44 cas de guérison relative. Il y eut 94 cas de récidive et 112 cas de mort.

Nous pouvons grouper dans le tableau suivant la proportion de chacun des résultats notés dans ces trois statistiques :

	Stat. 1886	Stat. 1899	Stat. 1907
Guérison absolue.....	5,85 %	4,4 %	8,1 %
Guérison relative.....	6,9	9,0	10,9
Récidive.....	32,5	30,0	22,0
Mortalité due à l'opération..	44,7	35,0	27,7

4° Daprès la statistique de Graef (de la clinique de Bergmann) publiée en 1897.

1. On comprend facilement que la discussion ne peut porter que sur le procédé opératoire. Nous devons considérer comme disparu sans retour possible cette époque d'inaction thérapeutique qui s'étend de la période anté-laryngologique à 1873, c'est-à-dire à celle qui a précédé l'essai hardi de Billroth (voir plus haut) et qui a été sous l'empire de l'idée que le cancer du larynx devait être considéré comme une affection *noli me tangere*.

Il faut aussi avoir présent à l'esprit que de nos jours, il y a des médecins qui préféreraient à l'intervention opératoire différents modes de thérapeutique ou des procédés physiques, comme par exemple les rayons X, le radium, la photothérapie qui ont assurément une certaine importance.

Cependant une critique sans parti pris des résultats obtenus en ces dernières dix années ne laisse aucun doute sur ce fait que l'on doit commencer le traitement du cancer laryngé par l'opération s'il s'agit seulement d'un cas opérable.

de 1883 à 1890 la mortalité a été de 45,5 %.
de 1890 à 1897 — 30,0 %.

5° D'après la statistique de Ratsch (de la clinique de Kocher) *la mortalité n'a été que de 8,9 %*, à savoir :

1 cas de mort sur 12 cas de résection totale du larynx.

6° D'après la statistique de Gluck (Congrès de Wandsée en 1903) la mortalité n'a été que de 7 %, à savoir : 2 cas de mort sur 27 opérations.

7° Dans la clinique de Diakonoff (de 1903 à 1905) il y a eu 74 % de cas de mort, à savoir : 9 sur 12 opérations.

8° Dans la clinique de Diakonoff (Térébinsky, 1906 [1]) les statistiques indiquent :

Mortalité 50 %. Récidive 19 %. Guérison (2 à 4 années sans récidive) 15 %. Et enfin n'ont pas été suivis 15 %.

9° Volkovitch [2]. Mortalité 12 % (sur 25 opérés il y a eu 3 morts) et récidive 21 %.

10° Mintz (*loc. cit.*). Mortalité 0 % (sur 10 cas). Récidive 60 %.

11° Kocher (statistique depuis 1900). Mortalité 75 % (6 morts sur 8 opérés).

12° Beck (1902 à 1903). Mortalité 80 % (4 morts sur 5 opérés).

13° Pinc. Mortalité 100 % (2 cas opérés avec terminaison fatale).

14° Crile. Mortalité 0 % (6 cas opérés. Dans un cas il y a eu guérison ; dans les 5 autres amélioration temporaire).

15° Carson. Mortalité 100 % (3 cas opérés avec terminaison fatale 80 à 100 jours après l'opération).

16° Chavannes (de Bordeaux). Sur 9 malades il n'y en eut que 3 qui survécurent (plus de 3 ans sans récidive), c'est-à-dire que la mortalité fut près de 67 %.

17° Laurens [3]. Sur 6 opérés il y eut 5 morts (une semaine à un an après l'opération, c'est-à-dire que la mortalité a été de 83 %; mais non directement par suite de l'opération).

18° Bodin. 3 cas (les résultats ne sont pas indiqués).

19° Clinique de Rasonlovsky, 100 % d'insuccès (3 cas).

20° Harley. 50 % d'insuccès (4 malades).

21° Tverdovsky [4] (2 cas).

22° Chiari [5]. 2 cas. L'un des malades est mort au bout de 3 mois, l'autre a eu une récidive au bout de 6 mois.

1. Congrès des chirurgiens à Moscou, XII.
2. *Archives russes de chirurgie*, 1907, n° 2.
3. Société belge de Laryngologie, IV, 1906.
4. *Vratchebnaïa Gazeta.*
5. *Zeit. f. kl. Medicin*, Bd. 62, 1907.

23° Herczel[1] a décrit 2 cas dont l'un reste guéri depuis 10 ans et l'autre depuis 12 ans après l'opération.

24° Butlin de 1905 à 1906 a eu 2 cas avec résultat favorable.

25° Capart (Société belge d'oto-laryngologie, 8-9 juin 1907), 1 cas qui est resté sans récidive.

26° Buys (*loc. cit*). 1 cas qui est resté 15 mois sans récidive.

27° Goris. 3 cas avec terminaison fatale, 3 à 5 jours après l'opération. 2 malades qui n'ont pas été opérés, ont vécu encore 18 mois après le diagnostic laryngé posé chez eux. Dans 1 cas, un malade a vécu aussi 18 mois après une trachéotomie.

A chacun des auteurs suivants appartient 1 cas :

28° Botey ; 29° de Certes ; 30° Cisneros (le malade a vécu 11 mois sans récidive) ; 31° Navratil (2 ans et 9 mois sans récidive avec 16 kilog. d'augmentation de poids et la voix est restée chuchotée mais distincte) ; 32° Durante ; 33° Burger (3 ans 1/2 sans récidive).

34° Rosenberg ; 35° Littaur (7 mois sans récidive avec 18 livres d'augmentation de poids) ; 36° Lenart ; 37° Nordmann (6 mois sans récidive) ; 38° Vredena (le chuchotement pouvait être entendu à 15 pas) ; 39° Koschier ; 40° Castex ; 41° Swain (13 ans sans récidive, la voix était perceptible) ; 42° Choppel (3 ans et 2 mois sans récidive) ; 43° Simpson (terminaison fatale) ; 44° Lilienthal (9 mois sans récidive) ; 45° Lacuso ; 46° Helferich (plus d'un an sans récidive) ; 47° Bogart ; 48° Charles Symmonds (7 mois sans récidive) ; 49° Kastenko (de Charcoff) ; 50° Trinkler (de Charcoff. 2 cas dont l'un est resté plus d'un an sans récidive)[2].

Dans un grand nombre de cas cités plus haut le temps pendant lequel les malades ont été suivis n'est pas indiqué, et le résultat définitif reste encore douteux. Il est par conséquent difficile d'établir ici des conclusions certaines, d'autant plus que les variations dans la mortalité sont trop grandes, allant de 0 % à 100 % ainsi qu'on peut s'en assurer en comparant les cas de Mintz, Volkovitch, Ratsch, Gluck et Crile d'un côté et ceux de Terebinsky, Beck, Kocher, Carson et Laurens, etc., d'un autre côté. Le nombre d'observations des différents auteurs varie dans de grandes proportions et les indications pour l'opération ont été aussi très différentes. Ce qui reste certain, c'est

1. *Int. Clb. f. Lar.*, XI, 1907.

2. Les cas du Dr Kostenko et du prof. Trinkler ne sont pas encore publiés.

que les progrès de la technique augmentent chaque année les chances de guérison du cancer laryngé et diminuent le risque qui dépend de l'opération elle-même. On peut facilement s'en assurer en examinant les statistiques de Sendziack concernant différentes périodes de temps. La mortalité de 44,7 °/₀ est descendue, 20 ans plus tard, à 27,7 °/₀. Les récidives, de 32,5 °/₀ sont descendues à 22 °/₀. Les guérisons complètes et partielles ont augmenté de 3 et 4 °/₀. On constate les mêmes progrès si l'on compare les statistiques des cliniques de Gussenbauer, de Bergmann, de Kocher et d'Obalinsky pour les années antérieures à 1890 avec celles qui concernent des années postérieures à 1890. On voit encore le même progrès si l'on examine les résultats publiés par nos chirurgiens, par exemple la statistique de la clinique de Diakonoff, où la mortalité de 1903 à 1905 a été de 76 °/₀ tandis qu'en 1906 il n'y a eu que 50 °/₀ de décès, 19 °/₀ de récidives et 15 °/₀ de guérisons.

Les guérisons peuvent se maintenir pendant très longtemps. On peut s'en assurer par les cas de Gluck, Swain (13 ans sans récidive) [1], Herczel (10 et 12 ans sans récidive), Capart (3 ans sans récidive), Navratil (presque 3 ans sans récidive), Burger (3 ans 1/2 sans récidive), Choppel (3 ans et 2 mois sans récidive), Trinkler (presque 2 ans sans récidive).

Si nous faisons abstraction des statistiques déjà établies et si nous ne rassemblons que les chiffres des auteurs isolés, nous voyons que, dans ces dernières années il y a eu 42 décès sur 148 cas, c'est-à-dire que la mortalité a été de 33 °/₀ en moyenne. Comme on le voit, la mortalité est encore notable et ce nombre se rapproche du chiffre de la mortalité que l'on trouve chez Sendziak, c'est-à-dire 27 °/₀ selon la statistique de 1897. Avec la technique contemporaine, les résultats peuvent être encore meilleurs, comme on peut le voir d'après les communications du

1. Remarquons que l'on considère comme une guérison complète lorsqu'il n'y a pas eu de récidive pendant 3 ans, et comme guérison relative s'il n'y a pas eu de récidive pendant une année. Cependant Semon (voir Soc. Américaine d'oto-laryngologie à New-York, 1904, 17 février) a démontré que dans la plus grande majorité des cas l'espace d'une année est suffisant pour apprécier les résultats, car il est très rare que les récidives se produisent un an après l'opération.

Malheureusement des communications qui ont été faites pendant ces 5 ou 6 dernières années montrent que cet optimisme n'est pas toujours justifié. Ainsi Lauenstein a présenté récemment un cas de cancer du sein où une récidive s'est produite 10 ans après l'opération. Kiaer a vu des récidives se produire 5 ans après l'opération. Dans les cas de Gluck, de Chiari, etc., les récidives se sont produites 5 à 8 ans après l'opération.

chirurgien Gluck (de Berlin) qui obtient le plus souvent des succès dans les cas les plus graves et qui semblent désespérés. Dans un cas, ce chirurgien a fait l'ablation du larynx, de 6 anneaux de la trachée, du pharynx, l'œsophage, les ganglions lymphatique et le corps thyroïde. Le malade eut du myxœdème fut atteint de néphrite, de rétinite, eut des convulsions, mais cependant guérit et put vivre plus d'un an et demi.

Dans un autre cas il s'agissait d'un vieillard de 62 ans qui porta pendant 7 mois une prothèse après l'ablation du larynx, du pharynx, des ganglions, après section de la veine jugulaire et de l'artère carotide. Ce malade put passer des journées entières à la chasse, il mangeait et buvait.

Dans une de ses communications récentes intitulée : « Mes interventions chirurgicales sur les voies respiratoires supérieures [1]. » Gluck étudie 250 cas et cite plusieurs cas très graves (entre autres des cas de tuberculose) où une guérison durable a été obtenue, par exemple chez une fillette de 12 ans qui n'a pas eu de récidive pendant 5 ans et demi après l'ablation de la plus grande partie du larynx.

Les résultats de Gluck en 1903 étaient déjà étonnants.

Au congrès de Vandsee, cet auteur a présenté une statistique sur 27 cas d'ablation du larynx avec, chez quelques-uns, ablation d'une partie de l'œsophage, des ganglions lymphatiques et du pharynx et il n'a eu que 2 décès. Quelques-uns de ses malades ont vécu assez longtemps après l'opération : deux à trois ans et plus.

Au sujet de la *technique* de la laryngectomie, j'indiquerai brièvement que tous les chirurgiens actuellement suturent la trachée à la peau ; un grand nombre font une pharyngoplastie, suturant le pharynx, les uns dans le sens transversal, les autres dans le sens longitudinal et placent après l'opération une bougie à demeure. Il y a, assurément, de grandes variétés dans les détails du procédé opératoire. Les uns font l'opération en 2 temps, et font une trachéotomie préalable ; les autres opèrent sans avoir pratiqué cette dernière. Les uns introduisent dans l'orifice de la trachée un tampon-canule, les autres préfèrent une position décline, etc.

Les *indications pour l'opération* sont aussi très variables. Les uns opèrent même lorsque le processus est limité (Cheval). Les autres, comme par exemple Gluck, opèrent aussi lorsqu'il y a un envahissement étendu des régions situées en dehors du

1. Soc. des chirurgiens de Berlin, 10 décembre 1906.

larynx, c'est-à-dire lorsque la tumeur a gagné les ganglions lymphatiques, l'œsophage, le pharynx, etc. Cependant *la plupart des auteurs n'ont recours à la résection totale du larynx que s'il n'existe pas de métastase notable dans les ganglions, lorsque le cancer, ayant envahi même les deux moitiés du larynx, ne s'est pas notablement propagé aux alentours.* Ramond de la Sota considère que l'opération est contre-indiquée, lorsque le processus a envahi les cartilages et qu'il a dépassé les limites du larynx. Cisneros et Navratil ne conseillent plus d'opérer lorsque le cancer a déjà envahi les ganglions. Semon et Hartley enlèvent toujours les tissus sains environnants et les ganglions qui sont sains en apparence. Navratil, Forns et Tapia se basent surtout sur la nature de la tumeur cancéreuse, et ils enlèvent tout le larynx, même s'il n'y a qu'un nodule peu développé, lorsqu'il s'agit d'un cancer corné ou d'un encéphaloïde.

(*A suivre.*)

V

FAITS DE TRACHÉOBRONCHOSCOPIE [1]

Diagnostic et thérapeutique d'affections intrathoraciques peu connues.

Par **J. GUISEZ** (de Paris).

Durant le cours de cette année, il nous a été donné, grâce à la trachéobronchoscopie, de contribuer au diagnostic et à la thérapeutique de certaines affections rares on peu connues de la trachée et des bronches étendant ainsi d'autant le champ de cette méthode.

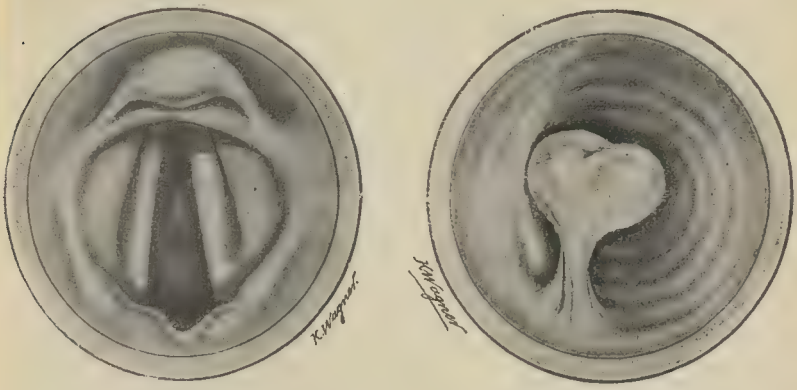


FIG. 1.

Tumeur intratrachéale vue par laryngoscopie directe.

La même, vue par trachéoscopie en dessous des cordes vocales.

Le premier cas concerne une *tumeur intratrachéale* dont nous avons pu diagnostiquer *de visu* le siège et le pédicule d'insertion au niveau du deuxième anneau de la trachée : le malade était en imminence d'asphyxie, avait du tirage ; nous avons pu, avec le tube-spatule, faire un diagnostic exact et avec une pince appropriée l'extraire, enlever sa tumeur par la voie naturelle, et le guérir sans complications (observation I).

Dans le deuxième il s'agit d'une malade que nous a adressée le docteur Hirtz, médecin à l'Hôpital Necker.

1. Congrès de Médecine de Genève, septembre.

Cette malade présentait une disposition assez curieuse au niveau de l'origine supérieure de la trachée ; il existait là, inséré sur le deuxième espace interannulaire, une valvule qui occupait la paroi latérale gauche de la trachée et dépassait la ligne médiane. En arrière, il existait un sorte de hernie de la paroi œsophagienne dans l'intérieur même de la trachée, d'où phénomènes de dyspnée et de tirage très marqués s'accentuant principalement au moment de l'effort. Après avoir établi exactement ce diagnostic *de visu* avec le tube bronchoscopique, nous avons



Fig. 2.
Double valvule intratrachéale diagnostiquée et opérée sous trachéoscopie.

pu sectionner la valvule avec notre petit œsophagotome à lame et rendre à la malade une respiration suffisante, presque normale.

Observation I. — Malade âgé de 57 ans, adressé en juin 1908, par le Dr Triboulet, médecin des hôpitaux de Paris, pour de la dyspnée, du tirage et des phénomènes de suffocation.

Les troubles ressentis par le malade remontent à deux mois. Le malade, qui est journaliste, a ressenti les premiers symptômes au moment d'une période électorale faite dans le courant du mois d'avril : il avait beaucoup de peine à soutenir un discours ou une conversation prolongée. Il consulta plusieurs spécialistes laryngologistes, qui ne virent rien dans le larynx, mais ont soupçonné un obstacle sous-glottique. L'un deux parvint à voir, au moment d'une forte expiration et pendant la durée d'un instant, une tumeur arrondie et lui proposa une opération externe (*thyrocricotomie*) pour l'ablation de la tumeur.

Le malade nous est adressé pour essayer de le guérir et de l'opérer par les voies naturelles par le Dr Triboulet.

Première opération, le 12 juin au courant de laquelle il se produit

un incident opératoire (fracture d'une pince) qui nous oblige à cesser et nous faisons une trachéotomie basse pour parer aux dangers éventuels d'asphyxie.

Deuxième intervention cinq jours après la première, sous chloroforme. Avec le tube-spatule, nous relevons l'épiglotte que nous collons sur la base de la langue, puis ayant bien en vue les cordes vocales, nous descendons légèrement le tube pour écarter les cordes vocales, et alors nous apercevons immédiatement la tumeur. Mobile avec les mouvements respiratoires, elle vient se mettre dans la lumière du tube au moment des fortes expirations.

Prenant notre temps, nous cocaïnisons bien exactement tout l'intérieur du larynx et de la trachée, y compris le polype et son pédicule d'insertion pour faire disparaître tout réflexe possible au moment de l'intervention. Instantatément, avec notre pince à articulation terminale, nous saisissons la tumeur et la ramenons sans difficulté.

Nous pouvons constater qu'il s'agit d'une tumeur de la grosseur et du volume d'une cerise bilobée, munie d'un long pédicule.

La guérison du malade se fait sans aucune complication. Une nouvelle trachéoscopie faite deux mois après l'opération nous montre que celle-ci a été complète, et qu'il n'y a aucune tendance à la récidive.

La trachéoscopie a permis ici d'intervenir utilement dans un cas où une opération externe semblait pouvoir guérir seule le malade.

Observation II. — *Diagnostic par la trachéoscopie d'une double valvule intra-trachéale ayant amené des troubles dyspnéiques graves. Opération endoscopique. Guérison.*

Femme de 46 ans qui nous a été adressée, en mai 1908, par le Dr Hirtz, qui avait soupçonné chez elle un obstacle intra-trachéal.

Cette malade a subi à l'âge de 5 ans une trachéotomie faite d'urgence par un médecin des environs de Paris qui crut à une attaque de croup. La canule a été portée pendant un mois. Le décanulement a pu se faire au bout de cette période sans complication.

Pendant toute sa jeunesse et aussi loin que ses souvenirs peuvent se reporter en arrière la malade se souvient d'avoir toujours eu la respiration gênée : il lui était impossible de courir, de sauter à la corde, ou de faire quelque autre exercice violent sans être comme immédiatement étouffée.

Depuis 3 ans, la gêne respiratoire est beaucoup plus marquée, la malade ressent de temps à autre de véritables accès de suffocation et dans ces derniers huit jours ces crises revenaient fréquemment et étaient généralement plus marquées la nuit. La position horizontale est devenue complètement impossible, elle ne peut dormir qu'avec plusieurs oreillers qui lui relèvent la tête. Des quintes de toux à forme coqueluchoïde la secouent principalement le matin. Depuis ce temps, elle a consulté de nombreux médecins et a suivi les traitements les plus variés : les uns mettaient tous les troubles qu'elle ressentait sur le compte d'une affection purement nerveuse, asthme, bronchite spasmodique, d'autres la soignèrent pour une affection

pulmonaire. Croyant à la phtisie, on lui ordonna le repos au lit, la suralimentation si bien que par ce régime elle augmenta de vingt-cinq livres en moins d'un an. Mais sa dyspnée restait toujours la même. Tous ces traitements n'amenèrent pas grand soulagement dans les troubles qu'elle ressentait.

Son état ayant brusquement empiré, elle vint consulter à Paris le Dr Hirtz ; celui-ci diagnostiqua très bien un obstacle dans la trachée et nous l'adressa pour faire l'examen trachéoscopique.

Lorsque nous voyons cette malade, nous constatons qu'elle est atteinte de dyspnée intense avec cornage et tirage et qu'elle a beaucoup de peine à marcher. Il existe du tirage sus-claviculaire, le cou est gros mais il ne présente point de goitre, il y a simplement sur la ligne médiane un point plus déprimé de la peau qui correspond à l'ancienne plaie de trachéotomie.

L'examen laryngé ne montre rien de particulier au niveau des cordes vocales ni de la zone sous-glottique du larynx.

L'*examen trachéoscopique* est fait sous cocaïne à notre clinique, le 13 mai dernier, la malade étant placée en position horizontale, tête déclive. Nous nous servons d'un tube trachéoscopique de 30 centimètres de long et de 13 millimètres de diamètre. Après avoir franchi les cordes vocales et avoir dépassé la zone sous-glottique nous constatons les lésions suivantes (voir fig. 2) : il existe sur la paroi gauche de la trachée une sorte de valvule qui empiète de quelques centimètres sur la lumière de ce conduit, contribuant ainsi à en diminuer de beaucoup le calibre. Sur un plan plus profond nous constatons en arrière faisant saillie sur la paroi postérieure de la trachée une sorte de hernie de la muqueuse qui augmente beaucoup au moment des efforts et en particulier au moment de la toux et des mouvements de déglutition. Cette disposition est assez curieuse, il semble qu'il y ait là véritablement saillie de la paroi œsophagienne. Ce bourrelet muqueux joint à la valvule constatée sur la paroi gauche de la trachée rétrécit la lumière trachéale d'au moins deux tiers de son calibre normal.

Séance tenante, à l'aide de notre œsophagotome qui nous sert couramment pour sectionner, sous la vue, les brides dans les rétrécissements cicatriciels de l'œsophage, nous pratiquons deux sections dans la valvule gauche de la trachée, et nous laissons intact le bourrelet postérieur, craignant de léser la paroi œsophagienne sous-jacente. A l'aide de bougies de plus en plus grosses, nous dilatons progressivement le conduit ainsi obtenu et nous pouvons le ramener à un calibre voisin de la normale, car le principal obstacle a disparu.

L'intervention s'est faite sans presque d'hémorragie et a été très peu douloureuse pour la malade.

Les suites opératoires sont excellentes, la malade respire beaucoup mieux et elle n'a plus, même dans les heures qui suivent, aucun accès de suffocation.

Un nouvel examen trachéoscopique, pratiqué le 5 juin, nous a montré que le calibre de la trachée était maintenant presque normal,

il ne reste plus que la légère hernie de la paroi postérieure. La respiration est tout à fait bonne et non seulement il n'y a plus de tirage, ni d'accès de suffocation, mais la toux a complètement disparu.

Une question se pose à propos de cette observation : quelle relation y a-t-il entre la trachéotomie faite à l'âge de cinq ans et les accidents que l'on observe aujourd'hui ?

Il est facile d'établir d'abord qu'il n'y a aucune relation entre les dispositions valvulaires précitées et la cicatrice de la plaie qui a pu être faite au moment de la trachéotomie ; la paroi antérieure, en effet, où porte toujours l'incision dans cette opération, nous a paru tout à fait intacte. Il est bien plus logique d'admettre qu'il s'agit là d'une disposition *congénitale*, que celle-ci a déterminée à l'âge de cinq ans comme maintenant des accès de suffocation auxquels on a dû opposer la trachéotomie. A cette époque, la canule trachéale dépassant le point rétréci permit le rétablissement de la respiration, tout comme on aurait été rapidement obligé de le faire au cours de ces derniers accidents si la trachéoscopie n'avait permis un diagnostic exact et une thérapeutique appropriée.

Dans plusieurs autres cas, nous avons pu poser le diagnostic de *compression externe de la trachée* ou des bronches amenant



Fig. 3.
Compression trachéale vue inférieure.

la sténose de ces conduits. Chez un malade envoyé pour des troubles de la voix et de la respiration, apparition d'une toux rauque à timbre spécial faisant craindre l'éclosion d'une gomme dans la trachée ou l'une des bronches, la paroi antérieure parut, dans le bronchoscope, soulevée dans sa portion moyenne par une voussure animée de battements ; il s'agissait, à n'en pas douter, d'une ectasie aortique, diagnostic qui a été vérifié par

la radioscopie et qui ne pouvait être établi par les signes cliniques (observation III).

Dans un autre cas (observation IV), il s'agissait d'un petit malade de 4 ans 1/2 envoyé de l'Hôpital des Enfants malades avec le diagnostic de corps étranger bronchique, le commémoratif existait très net : l'enfant avait, disait la mère, avalé une dragée, d'où dyspnée, accès de suffocation ; la radiographie ne donnait rien et l'auscultation un peu de diminution du murmure vésiculaire à droite. D'après cet ensemble symptomatique, on était en droit de conclure à l'existence d'un corps étranger bronchique ou trachéal. La trachéoscopie a permis de fixer *de visu* le diagnostic, éliminant l'idée de corps étranger faisant constater comme cause de tous ces accidents une sténose par compression au tiers inférieur de la trachée (*adénopathie trachéo-*

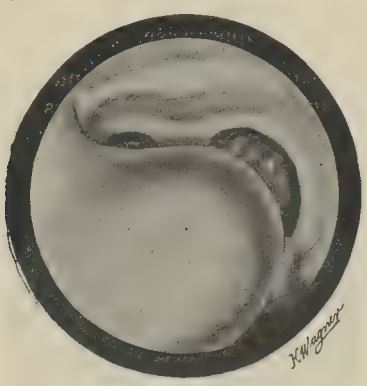


Fig. 4.
Compression de la trachée par adénopathie.

bronchique). Le calibre des bronches était normal; une canule avec long tube a permis à cet enfant de respirer et de vivre d'une vie normale jusqu'à présent.

Enfin, dans plusieurs cas, nous avons posé le diagnostic de *compression par goitre* (goitre plongeant) ; dans deux d'entre eux, il n'existait que peu de tumeur extérieure. La bronchoscopie a permis de fixer, dans ces cas, l'étendue de la compression, son siège exact et la vacuité des bronches. C'était là autant de données utiles à fixer au point de vue de l'utilité et de l'opportunité d'une intervention chirurgicale. L'une d'elles doit en partie sa guérison aux indications opératoires formelles fixées par la trachéoscopie (observation V).

Observation III. — *Anévrisme intrathoracique diagnostiqué par la broncho-œsophagoscopie.*

Malade âgé de 56 ans, à l'Hôpital Necker, salle Bouley, ancien syphilitique, adressé par le Dr Barth en octobre 1907, il est atteint de dyspnée et de tirage marqué. Il présente des quintes de toux aboyante et l'idée de gomme vient à l'esprit si l'on se rapporte à la description de la toux gommeuse décrite par Garel, de Lyon, et plus particulièrement on pense à une gomme de la bifurcation bronchique. Cependant, le traitement antisyphilitique a été institué sans résultat. Devant les accidents de suffocation et de dyspnée dont est atteint le malade, l'idée d'une trachéotomie s'impose.

Examen au trachéoscope à notre clinique, rue de Chanaleille, sous cocaïne, position assise. On voit dans la région des 3′, 4′, 5′ et 6′ anneau trachéal une sorte de voussure qui resserre la lumière trachéale et la réduit des deux tiers. La paroi à ce niveau est lisse, mais régulièrement convexe ; elle porte seulement un peu de mucus blanc légèrement adhérent qui d'abord pourrait en imposer par une ulcération superficielle, mais qui disparaît au frottement du porte-coton. Cette voussure est animée de battements et ne peut être déterminée que par un anévrisme de la crosse de l'aorte qui remonte et enserre la portion moyenne de la trachée. Ceci semble bien cadrer avec cette idée que le traitement spécifique n'a amené aucune amélioration depuis trois semaines qu'il est institué.

Le bronchoscope a permis le premier dans ce cas de fixer un diagnostic qui n'était établi par aucun signe clinique.

Observation IV. — *Compression trachéale par adénopathie trachéo-bronchique. — Trachéotomie basse.*

Enfant de 22 mois admis dans le service du Dr Méry en mai 1908, pour des accidents de tirage, dyspnée faisant craindre la diphtérie. Le malade présentait à son entrée du tirage sus-ternal et du creux épigastrique. Cependant, comme il n'y avait pas de température (38°), on élimine l'idée de diphtérie. Le Dr Rolland, laryngologiste, fait l'examen du larynx et ne dénote aucun obstacle au niveau de la glotte. L'idée d'un corps étranger bronchique semble avoir quelque vraisemblance ; la mère raconte en effet que quelques jours auparavant, l'enfant ayant plusieurs dragées dans la bouche en aurait avalé une et tous les accidents auraient débuté depuis. Cependant, la mère nous dit que deux mois auparavant son enfant avait fait pareil accès de suffocation. Il y a quelques signes particuliers à l'auscultation ; de la diminution du murmure vésiculaire dans les deux poumons avec sifflement rude à la base vers la bifurcation bronchique. A la partie moyenne du poumon gauche, il existe un bruit de souffle qui fait penser à l'existence d'une broncho-pneumonie. Ce côté paraît plus étroit et avoir moins d'expansion. Il semble donc qu'il y ait obstacle dans la bronche gauche et particulièrement corps étranger bronchique gauche.

Lorsque le Dr Méry nous amène cet enfant à notre clinique, il pré-

sente du tirage sus-ternal avec température à 38°2, il est très dyspnéique.

L'examen bronchoscopique est fait sous chloroforme à la clinique en présence des Drs Méry, A. Weill, Rolland. Un tube de 6 millimètres de diamètre introduit directement dans le larynx, fait constater dans la trachée, à 14 centimètres exactement des arcades dentaires, une sorte de voussure de la paroi gauche de la trachée, réduisant son ouverture des 2/3. En dépassant cette voussure avec le tube, on aperçoit la bifurcation avec les deux bronches qui sont tout à fait libres, il n'y a point de corps étranger à leur intérieur, mais une bronchite intense. La compression mesure 2 centimètres et s'arrête à 1 1/2 centimètre de la bifurcation.

L'extirpation de la tumeur est impossible à cause de sa situation intrathoracique; une trachéotomie basse avec longue canule qui dépasse la tumeur est faite séance tenante et ramène la respiration de l'enfant à la normale.

Observation V. — *Compression trachéale par goitre plongeant. — Trachéoscopie. — Opération externe. — Guérison.*

Mme Th., âgée de 63 ans, demeurant à Regny, par Longicourt, près St-Dizier, vient consulter le Dr Luc pour de la gêne respiratoire accentuée surtout la nuit. Plusieurs accès de suffocation se sont montrés dans les dernirrs temps et ont effrayé beaucoup la malade. L'examen laryngé révèle au Dr Luc de la parésie de la corde vocale gauche, mais celle-ci n'explique pas la dyspnée dont souffre la malade, il soupçonne une compression située plus bas et nous l'adresse pour la trachéoscopie.

Examen trachéoscopique le 19 juin 1908, sous cocaïne, fait dans la position couchée, tête renversée en arrière. L'introduction du tube (9mm/40cm) est difficile à cause de la procidence de l'épiglotte. L'examen nous montre à 3 centimètres au-dessous des cordes vocales une saillie de la paroi gauche de la trachée qui est comme refoulée de gauche à droite par une tumeur exotrachéale. Avec le tube, nous nous arrêtons immédiatement au-dessus de cette tumeur et notons ce premier aspect de voussure de la paroi avec, à sa portion moyenne, un point qui paraît plus acuminé.

En dépassant avec le tube ce point rétréci supérieur, nous constatons qu'il existe également une compression plus bas, mais la saillie semble aplatie à ce niveau inférieur. Elle s'étend jusqu'à 2 centimètres au-dessus de la bifurcation trachéale.

Le cou de la malade étant augmenté de volume, il semble bien qu'il s'agisse là d'*un goitre plongeant* qui comprime la trachée.

En pareil cas, nous conseillons à la malade l'une ou l'autre de ces deux solutions, ou bien une opération palliative, une trachéotomie basse avec longue canule, ou bien une opération externe consistant en l'extirpation.

Le Dr Morestin, consulté à ce sujet, conseille l'opération externe; celle-ci est faite sous chloroforme le 26 juin et permet l'extirpation

d'une tumeur avec prolongement inférieur qu'il est possible de poursuivre et d'enlever complètement avec sa capsule. La guérison survient sans complication et la respiration est maintenant tout à fait normale.

Nous avons également, dans le courant de cette année, extrait *deux corps étrangers* des bronches, un *drain en caoutchouc* tombé dans la bronche après une opération de *laryngostomie* et un *petit pois* aspiré dans la bronche droite chez une malade de 71 ans : l'extraction a pu se faire aisément dans les deux cas et la guérison est survenue sans complication (observations VI et VII). Cela porte à 15 le nombre des corps étrangers bronchiques que nous avons extraits avec succès des bronches par la bronchoscopie.

Observation VI. — *Corps étranger extrait de la bronche droite (drain en caoutchouc). — Guérison.*

Enfant âgé de 8 ans opéré par le Dr Broca, par laryngostomie, à l'Hôpital des Enfants malades. Il s'agissait d'un enfant tubé autrefois et qui, à la suite, avait fait des phénomènes de sténose laryngée. Une trachéotomie avait dû être pratiquée et le petit malade était porteur d'une canule à trachéotomie. La laryngostomie faite il y a deux mois (opération de Sargnon) permettait d'escompter un décanulement rapide. Au cours d'un des pansements, le drain dilatateur destiné à maintenir au larynx son calibre normal tomba dans la trachée et de là dans la bronche droite. L'enfant qui présentait des phénomènes d'asphyxie avec crises de toux, diminution du murmure vésiculaire dans tout le poumon droit, nous est amené à la clinique par les Drs Rolland et Rendu, interne du service.

Nous faisons la bronchoscopie inférieure le 16 février 1908, à notre clinique, sous cocaïne, nous servant de la plaie laryngo-trachéale pour l'introduction d'un tube de 8 millimètres et 15 centimètres. Nous voyons tout de suite enfoncé dans la bronche droite, mais faisant saillie à l'intérieur de la trachée, le tube en caoutchouc.

Avec une pince nous le saisissons et le retirons en même temps que le tube. Aucune suite opératoire et les soins de la laryngostomie peuvent être repris normalement.

Observation VII. — *Corps étranger bronchique. — Petit pois extrait de la bronche droite. — Guérison.*

Mme X..., âgée de 71 ans, habitant Paris, a aspiré deux jours auparavant, le 4 juin 1908, à l'occasion d'un accès de rire, un petit pois dont elle venait de mettre une fourchetée dans la bouche.

Aussitôt elle est prise de dyspnée, d'une toux violente et d'un accès de suffocation. Depuis l'accident, la malade a de la gêne pour respirer, ressent un sifflement dans la poitrine, surtout au moment de l'inspiration, la toux est fréquente et quinteuse.

Nous sommes appelé auprès de la malade par le Dr Mauclaire, pro-

fesseur agrégé, et nous la voyons la première fois le 6 juin à midi. L'auscultation ne nous fait entendre qu'un bruit de ronchus et quelques râles de bronchite, le murmure vésiculaire est plus faible à droite.

Néanmoins, en présence de ces signes peu gênants pour la malade, nous décidons de surseoir à un examen. Mais, dans la nuit, survient un accès très violent de suffocation avec toux pénible dans les heures qui suivent, et lorsque la malade nous est amenée à la clinique, le lendemain matin 7 juin, elle se plaint de gêne constante dans tout le thorax.

L'opération bronchoscopique est faite dans la position couchée. A l'aide d'un tube de 35 centimètres et de 13 millimètres, après cocaïnisation, nous franchissons la glotte, le descendons dans la trachée et rapidement nous arrivons au niveau de la bifurcation. Nous voyons alors à l'intérieur de la bronche droite un petit pois de gros volume qui est enclavé à l'intérieur de la bronche par l'éperon bronchique. Cet enclavement est bien complet, car durant notre intervention, la malade a plusieurs accès de toux, mais le petit pois ne revient pas et reste immobile. Le tube est introduit dans la bronche, refoule l'éperon et le petit pois désenclavé entre tout naturellement à son intérieur. Nous inclinons légèrement la malade tête en bas et le petit pois roule sur le parquet de la salle d'opération. L'opération n'avait duré que quelques minutes. Aucune suite opératoire. Température et respiration normales les jours suivants.

VI

CONTRIBUTION A L'ÉTIOLOGIE PARASITAIRE DE L'EXFOLIATION EN AIRES DE LA LANGUE

Par **A. DE SIMONI** (de Milan).

[Traduction par H. Massier, de Nice.]

L'altération singulière de la langue caractérisée par la desquamation plus ou moins étendue de l'épithélium connue sous de nombreuses dénominations, pityriasis lingual, intertrigo lingual, exfoliation en aires, glossite exfoliatrice marginée, glossite chronique en aires, langue géographique, etc., présente toujours un intérêt particulier aux recherches des savants.

A vrai dire, il n'est pas facile d'établir d'une façon précise si ces dénominations correspondent à autant d'entités cliniques ou si elles sont les stades divers d'une forme unique, déterminée par des facteurs inhérents à l'organisme — troubles tropho-névrotiques, troubles gastro-intestinaux, infections générales — ou mieux par l'action locale d'un agent parasitaire ou d'agents parasitaires multiples.

Si l'affection décrite par Rayer en 1831 sous le nom de pityriasis lingual et les observations postérieures de Wogel et de Betz sont identiques à l'observation de Möller qui créait le terme de lichenoïde de la langue, les faits n'en donnent pas une preuve suffisante.

De même, en faisant abstraction des cas de ces premiers observateurs qui, d'après Mibelli, n'ont laissé que des renseignements vagues et incomplets sur une forme morbide qu'ils n'ont peut-être pas vue, la discussion consiste à savoir si l'affection de la langue « à dessins irréguliers semblables à des cartes géographiques » communiquée par Bergeron en 1864 à la Société médicale de Paris est identique à l'affection décrite par Gubler, Bridou, Vanlair, Fournier, etc...

Ce n'est pas en acceptant plus facilement l'identité de ces formes différentes, malgré la contribution des observations de Renaut, de Gaspary, de Balzer, d'Unna, de Clarke, de Colcott Fox et de bien d'autres, qu'on apportera des documents pour la connaissance d'un facteur étiologique décidément obscur.

A ce sujet, on devra se rappeler qu'Unna attribue une importance toute particulière aux menstruations, à l'anémie, à la

dentition. Alibert et Parrot incriminent de préférence la syphilis acquise ou héréditaire, malgré l'apparition de la maladie chez des sujets indemnes de syphilis. Quelques-uns admettent l'influence des troubles gastro-intestinaux que Legendre rencontre chez tous les malades qu'il a étudiés. Auspitz croit voir dans l'exfoliation de la langue un simple trouble trophonévrotique. Gubler et Barthez admettent avec réserve la nature parasitaire de cette affection. Damaschino ayant vu la desquamation de la langue succéder au muguet, la considère comme une conséquence directe de cette infection.

Je n'insiste pas sur des citations ultérieures, et je ne m'attarde pas à discuter la valeur de telle ou telle doctrine, je me contenterai de faire remarquer combien au point de vue de l'étiologie parasitaire les recherches faites jusqu'à ce jour sont pauvres et incomplètes : à mon avis, l'on doit entreprendre des recherches systématiques sur un nombre considérable de cas qui ne donneront peut-être pas la solution définitive du problème, mais éclaireront d'un jour plus vif ce côté assez obscur et controversé.

C'est en m'appuyant sur ces considérations que je crois devoir publier l'observation suivante qui a été de ma part l'objet de recherches bactériologiques dont les résultats me paraissent comporter certains points nouveaux et importants, dignes certainement d'attirer l'attention.

Voici brièvement l'histoire du cas et les faits objectifs de l'altération linguale.

Observation. — G. Maria, 47 ans, veuve, de situation aisée, habitant Turin.

Rien d'important dans les antécédents héréditaires ou personnels. Ne se souvient pas d'avoir eu aucune maladie infantile, ni aucune autre maladie grave. Menstruation la première fois à 15 ans, reparaissant avec régularité jusqu'à 42 ans. Mariée à 26 ans, n'a jamais eu de grossesse. Mène une vie très confortable, l'hiver sur le littoral, l'été dans la montagne. Elle se présente à ma consultation pour une lésion de la langue qu'elle a aperçue par hasard il y a une dizaine de jours et dont elle a conservé au début une pénible impression. Sur les bords et sur le dos de la langue, elle avait noté des taches rouges, circulaires ou ovalaires, tout à fait isolées, indolores, non saignantes qui se détachaient nettement sur le reste de la surface tapissée de la couche blanchâtre habituelle ; elle ne pouvait préciser ni la date de début de l'affection, ni ce qui l'avait causée. Le médecin de la famille déclara que c'était une lésion dépendant de troubles gastriques, malgré le bon fonctionnement de l'appareil digestif et la bonne conservation de l'appétit. Peu satisfaite de ce

jugement, en l'absence totale de troubles subjectifs, la malade vint me montrer sa langue et je pus constater une altération peu commune de nature nettement obscure sur laquelle j'éprouvais quelque perplexité à me prononcer.

La langue était de volume normal, mobile dans tous les sens sans aucune difficulté, et indolore à la palpation. Sur le côté droit, le long du bord, au contact des grosses molaires, se présentait une tache oblongue, longue de 2 centimètres ou un peu plus dans son plus grand diamètre antéro-postérieur, avec une surface lisse, polie, luisante, de couleur rouge vineux, limitée tout autour par une fine bordure blanchâtre, légèrement surélevée, plutôt sinueuse. Au premier aspect, cette tache pouvait être prise pour un produit du raclage mécanique de la surface épithéliale ou du contact de quelque caustique qui avait mortifié les papilles minces et mis à nu le derme. Les explications de la malade et la présence de deux taches analogues de moindre dimension situées sur la moitié gauche de la langue, permettaient d'exclure pareille hypothèse. La plus antérieure de ces deux petites taches de gauche, de la dimension d'un centime, était située sur le dos de la langue, à proximité du bord, au contact des prémolaires ; l'autre, la postérieure, séparée par un espace étroit de langue normale, de dimension plus étendue, d'une pièce de 1 franc environ, était plus rapprochée de la ligne médiane. Ces deux taches présentaient les caractères de la grande tache de droite, c'est-à-dire surface rouge, lisse, luisante, avec une surface cicatricielle, avec des bords réguliers blanchâtres, un peu en saillie. En palpant ces aires dénudées avec la face palmaire du pouce et de l'index, on ne notait aucun épaississement et on ne provoquait pas la moindre douleur. Le reste de la surface de la langue était normal, rosé, sans crevasses, sans empreinte des dents sur les bords. Même aspect normal sur la muqueuse de revêtement des joues, du pharynx, du voile du palais, de la voûte palatine ou des gencives. Il ne manquait que la première prémolaire inférieure et la troisième molaire supérieure à droite. Le goût était très fin. Les mets plutôt chauds ou salés, les liquides spiritueux ou acides ne causaient aucune gêne. La salivation était régulière et la salive avait une réaction acide marquée.

Je n'ai pu relever au cours d'un examen général plus approfondi aucun fait digne de considération. Il n'y avait pas de ganglions appréciables ou de cicatrices à la peau. On ne relevait rien à la charge des organes internes : les poumons, le cœur, l'estomac, le foie étaient dans les limites normales. Les urines étaient normales. Les conditions générales étaient parfaites sous tous les rapports.

Dans ce cas, il s'agissait d'une forme de desquamation en aires de la langue analogue aux cas décrits par Gubler, par Parrot, par Gautier, par Fournier et cependant malgré les nombreux points de ressemblance on ne peut l'identifier d'une façon précise avec aucun de ces cas.

En effet, on ne pouvait se prononcer pour une forme de lichen de la langue, appellation attribuée par Vanlair aux taches linguales antérieurement décrites par Gubler sous le nom d'état lichénoïde de la langue, dont mon cas diffère non tant par les caractères de la zone de desquamation que par les caractères de la bordure limitante. Dans la description de Gubler, la zone de desquamation dans l'état lichénoïde progresse avec une évolution lente, régulière ; elle est rosée dans la phase initiale, rouge intense dans la phase de progrès, un peu excavée, avec des stries blanches transversales. A part, comme on le voit, ces derniers caractères qui manquaient dans mon cas, la différence de niveau de quelques millimètres entre le bord et la partie saine, le coloris blanc, opaque, et l'épaisseur de ce bord accentuée au point de résister au raclage, font de l'état lichénoïde de la langue de Gubler une forme bien distincte de l'affection que j'ai observée.

Il ne m'était pas plus facile aussi de me prononcer en faveur d'une forme de psoriasis de la langue, dans lequel la desquamation, qui devrait constituer le caractère dominant, apparaît tardivement et le plus souvent est incomplète. L'on sait, d'après les descriptions laissées par les auteurs qui se sont occupés de cette maladie, que les taches psoriasiques se distinguent par l'aspect blanchâtre, et que ce n'est que dans une seconde phase, à la suite de la chute de l'épithélium qu'elles prennent une couleur rosée, conservant pendant longtemps des espaces plus ou moins rebelles à la desquamation, véritables vestiges papillaires, appréciables à la palpation, allant en décroissant du blanc opaque au blanc luisant, caractères qui manquent tout à fait dans le cas que j'ai observé.

De même, en rappelant ces caractères de desquamation du cas que j'ai cité, la glossite exfoliatrice marginée de Fournier en diffère par la configuration de la ligne de démarcation et par l'évolution très lente et fixe, en contraste évident avec l'évolution rapide de la glossite exfoliatrice qui évolue sinon dans un jour, tout au moins dans le cours rapide de quelques semaines.

La zone de démarcation, en outre, dans la glossite exfoliatrice se soulève sur les parties environnantes saines ou malades, a une coloration blanc grisâtre, un bord sinueux à arcades nombreuses, analogue au contour de la syphilis circinée plus capricieux quelquefois et affectant la forme d'une véritable carte géographique. Bien plus même, la glossite exfoliatrice marginée paraîtrait être une manifestation nettement syphilitique, si nous en croyons Parrot qui rencontrait la syphilis dans trente-neuf des

quarante-quatre cas qu'il a étudiés, et même Gautier qui l'a rencontrée dans quarante-quatre des soixante-quatre cas qu'il a observés : cependant dans mon cas la syphilis pouvait être exclue d'une façon absolue.

Ce cas dont j'ai donné l'observation présentait la plus grande affinité avec la forme de desquamation de la langue qui fut signalée et décrite la première fois par Kaposi sous le nom de glossodynie exfoliatrice.

Pour mieux montrer la différence qui existe entre la forme de Kaposi et celle de mon cas, je rappellerai les caractères de la glossodynie exfoliatrice décrits par Gallard : « La glossodynie, écrit justement cet auteur, est une affection douloureuse chronique de la langue, sans lésion anatomique bien caractérisée, observée surtout chez les femmes à la période moyenne de la vie et rarement chez les vieillards. Les caractères subjectifs sont des sensations de brûlure, d'élancement, surtout au niveau des bords de la pointe de l'organe durant jour et nuit, troublant le sommeil et n'étant modifiées ni par les mouvements, ni par le contact des aliments. Ces douleurs tourmentent le malade à tel point qu'elles peuvent déterminer un état mental inquiétant, excitation ou dépression cérébrale, mélancolie, folie, etc. Quant aux symptômes objectifs, ce sont la desquamation des bords et de la pointe de la langue, la dénudation des papilles filiformes et fongiformes, apparaissant sous forme de points rouges, l'existence des plaques à bords sinueux en forme de carte de géographie. »

Comme on le voit clairement, il manque dans mon cas l'association des troubles subjectifs qui font de la glossodynie exfoliatrice une forme clinique assez gênante, impossible à passer inaperçue à cause de la nécessité d'un traitement curatif sévère qui amène des améliorations passagères, mais jamais une guérison complète.

D'autre part, les faits objectifs, l'examen général, l'absence d'antécédents et la marche clinique de la lésion linguale de ce cas doivent nécessairement faire exclure la nature syphilitique, malgré la tendance complaisante qu'on aurait à l'invoquer. Il n'y avait en effet rien qui ressemblât aux plaques érosives qui siègent habituellement sur la face dorsale et sur les bords de la langue, de forme irrégulière, de dimensions plutôt petites, à fond desquamé, faciles à se sillonner dans les récidives et à bord sinueux. Il y avait aussi une différence très nette entre mon cas et les plaques lisses qui accompagnent ordinairement l'exanthème cutané de la période secondaire de la syphilis généralisée. Je ne

puis mieux faire, pour démontrer ce que j'énonce, que de citer la description magistrale qu'en donne Fournier :

« Cette éruption, dit Fournier, consiste en des plaques plus ou moins étendues qui se localisent exclusivement sur le dos de la langue, plaques tantôt circonscrites et lenticulaires, tantôt étalées sur une large surface rougeâtre et d'un rouge plus vif notamment que celui des parties saines environnantes, régulières de contour plutôt que déchiquetées et assez souvent arrondies ou ovalaires ; plaques non érosives (notez bien cela) et différant des érosions en ce qu'elles ne se laissent pas colorer en blanc par le nitrate d'argent ou par le nitrate acide de mercure ; plaques enfin remarquablement lisses comme polies ou vernies, contrastant en cela par conséquent avec l'apparence villeuse des tissus voisins. On dirait, à voir ces plaques, que des papilles linguales ont disparu de leur surface, qu'elles ont été rasées. Cette dépapillation (pardonnez-moi ce barbarisme) est-elle réelle ou n'est-elle qu'apparente? Je ne saurais le dire n'ayant pas encore eu l'occasion d'examiner *post mortem* une langue affectée de la sorte. »

J'arrête les comparaisons ultérieures avec les nombreuses autres formes de desquamation de la langue : « Ce symptôme, comme le dit Maurel, dans son *Traité des maladies de la bouche*, au chapitre des glossites desquamatives, est commun à plusieurs formes distinctes qui peuvent être différenciées au point de vue des caractères, telles que la forme et l'évolution, si bien que si nous réunissons tous les caractères distinctifs, nous verrons que non seulement ils suffisent pour établir des formes différentes d'une même affection, mais aussi des affections distinctes devant comporter une étude séparée. »

Bien que je considère, comme Maurel, qu'il est utile d'établir une division de ces différentes formes, je ne la crois pas possible en se basant sur les caractères cliniques, c'est-à-dire sur la configuration de la zone de démarcation, la marche, la couleur, l'épaisseur du bord, etc., susceptibles de gradations multiples et de variations infinies ; c'est seulement la connaissance exacte du facteur étiologique, appuyée sur les recherches scientifiques modernes qui permettra cette division.

En présence de ce cas, tout en étant convaincu de l'absence de gravité de la lésion, j'ai cru sage de réserver mon jugement et de surseoir à toute indication thérapeutique, me promettant de revoir la malade à brève échéance et de noter les modifications éventuelles qui pourraient apparaître sur la langue.

Dans l'attente, je me suis hâté d'entreprendre une triple série

de recherches, avec le produit de raclage obtenu avec une petite lame stérilisée sur la zone de bordure et sur la superficie desquamée de chaque aire ; ces recherches étaient bactérioscopiques, bactériologiques et enfin des inoculations sur les animaux habituels d'expérience.

Je n'ai pu faire des recherches histologiques, à cause de l'impossibilité où j'étais de prélever un lambeau superficiel de langue, opération que je n'eus pas le courage de proposer à la malade, de crainte d'un refus formel.

Voici le résultat de ces recherches :

Examen bactérioscopique. J'ai examiné les matières fraîches produites par le raclage de quelques zones des bords et de quelques surfaces desquamées : diluées dans une goutte d'eau distillée et stérilisée, ou bien étalées en couches minces sur des lamelles porte-objets, desséchées rapidement à la flamme et colorées de diverses façons.

Dans toutes les préparations des matières des zones des bords, il y a prédominance dans le champ d'observation, d'une quantité abondante de filaments dans lesquels on reconnaît facilement des greffes d'hypomycètes et plus nettement encore des mycéliums d'une espèce de pénicillium. Ce sont des filaments de volume varié, de 4-8 μ à 12-15 μ et même plus de largeur, cylindriques, plutôt longs et minces s'ils sont entiers, terminés par une pointe effilée, ou épaissis, gros, sinueux, tortueux, plus ou moins riches en cloisonnements à distance irrégulière, avec de légers étranglements au niveau des cloisons, de façon à former des chaînes irrégulières.

Ces mycéliums sont isolés, mycéliums terminaux, ou divisés en deux, richement ramifiés, avec une membrane simple, transparente, à contenu hyalin, ou même avec une membrane double à contenu granuleux, plus ou moins réfringent. Parfois, on retrouve de pareils mycéliums entrelacés en forme de filets à mailles lâches, de forme et de direction des plus variées, d'où sortent des mycéliums libres qui se ramifient et se terminent par des filaments minces, quelques-uns articulés supérieurement en forme de pinceaux. L'on trouve aussi des amas de mycéliums, serrés entre eux, sous forme de pelote, entourés d'une véritable auréole de filaments ramifiés, segmentés, conservant quelques rares spores terminales. Les spores de grandeurs variées, parfaitement rondes, apparaissent éparses dans le champ de la préparation, isolées, plutôt en groupe de 3, 4 ou plus, ou libres même au milieu des mailles des mycéliums. Il n'est pas possible, même en faisant abstraction de leur volume, de les confondre avec des éléments bactériens, à cause de leur réfringence dans les préparations fraîches et à cause de la coloration intense qu'ils prennent dans les préparations à sec, diversement colorées. Dans ces préparations, on rencontre de très nombreux éléments morphologiques, épithéliums pavimenteux des couches superficielles de la

muqueuse linguale, caractéristiques par leur dimension et le noyau central plutôt petit.

Rarement, ces éléments sont isolés; on les trouve de préférence en rangs de 10, 15, 20 et même plus, adossés les uns contre les autres et entourés par les mycéliums des hypomycètes qui les serrent dans leurs mailles et tentent de s'insinuer au milieu d'eux. Une bonne partie de ces éléments sont dégénérés, avec de nombreux grains brillant au sein du protoplasma et des noyaux assez gonflés, presque œdémateux, difficilement colorés par les solutions nucléaires colorantes : il y en a cependant de parfaitement normaux, sans aucune trace de dégénérescence avec un noyau bien colorable. Ces éléments sont rares, bien plus rares dans les préparations des aires desquamées de la langue, où l'on rencontre aussi de rares mycéliums de l'hypomycète, isolés et plutôt fragmentés, peu ou point ramifiés, sans aucun rapport avec les éléments morphologiques.

En résumé, les éléments dominants soit dans la zone marginale, soit dans les aires desquamées de cette lésion linguale sont : les mycéliums d'un hypomycète, colorables avec les solutions colorantes usuelles; les épithéliums superficiels de la muqueuse linguale, entiers, fréquemment en proie à la dégénérescence granulo-graisseuse; çà et là, parmi les détritus cellulaires, de rares germes d'association, cocci, bacilles lourds, colorables d'une façon intense par le bleu de méthylène, et dénués, je crois bien d'importance, à cause de leur inconstance.

Examen bactériologique. Pour l'isolement des germes éventuels de parcelle linguale, j'ai distribué les matières prélevées sur la superficie desquamée et sur la zone marginale de chaque aire, dans des tubes de bouillon légèrement alcalin, prélevant rapidement de ces émulsions de bouillon les cultures opportunes dans l'agar glycériné et dans la gélatine.

Dans ce but, dans une première éprouvette d'agar fondu, je faisais le transport de 3 prises des matières du bouillon de culture primitif; de cette première éprouvette, je faisais le transport de 3 prises dans une seconde éprouvette et finalement de cette seconde éprouvette 3 prises de matières dans une troisième éprouvette d'agar. Avec les précautions nécessaires je versais rapidement l'agar de chaque éprouvette dans des boîtes de Petri distinctes que je numérotais et que je laissais reposer à la température de l'autoclave. De même façon et toujours avec les matières du bouillon primitif, j'ensemençais trois tubes de gélatine, que je versais dans autant de boîte de Petri, et que je tenais à la température ambiante, dans un endroit à part, à l'abri de la poussière sous une cloche de verre.

Je dirai tout de suite que les résultats des recherches de chaque aire, ont été uniformes, ce qui me dispensera de parler de chacun isolément, et qu'il n'y avait aucune différence dans les variétés des germes des cultures en boîte dans l'agar et les boîtes-culture dans la gélatine, entre les aires de desquamation et les zones de bordure, exception faite de la quantité des colonies plutôt nombreuses dans

les cultures, avec les matières des aires, rares ou même absentes dans les cultures avec les matières des bordures.

Mais, dans toutes les boîtes où il y avait un développement net de colonies, j'ai pu confirmer la présence constante d'une variété de colonies, qu'un œil exercé pouvait reconnaître pour des colonies d'un hypomycète ou mieux pour des colonies d'un pénicilium.

Voici brièvement les caractères qu'elles présentaient dans les divers substratum nutritifs.

Dans les boîtes-culture en agar glycériné, après 48 heures de permanence dans l'autoclave, il se développait de petites colonies circulaires ou étoilées, blanches, plus ou moins nombreuses, selon les diverses boîtes, de grandeurs variées, de la grandeur d'une tête d'épingle à celle d'une lentille, à contenu central un peu relevé et compact, avec un halo périphérique dentelé, subtil, dégradé. Ces colonies avaient une tendance minime à s'assembler, dans les boîtes où elles étaient rares et elles prenaient une dimension plus grande sous l'influence de la température ambiante ; mais cependant, quand ces petites colonies s'assemblaient et formaient une colonie plus grande, celle-ci avait une tendance à acquérir rapidement la forme circulaire et conservait un large halo subtil, radié, dentelé, comme une fine broderie. Après une semaine ou un peu plus, la surface de toutes ces colonies prenait une apparence veloutée, comme un tapis duveteux : bien plus, en vieillissant, la surface se recouvrait d'une poudre fine, granuleuse, qui conservait toujours la couleur primitive blanc de neige.

Dans les boîtes cultivées avec de l'agar lactosé, ou de l'agar glucosé et aussi dans les boîtes cultivées dans la gélatine, il y avait un développement également luxuriant de colonies parfaitement identiques à celles décrites, ou en différant peu.

Vues au microscope, ces colonies apparaissaient constituées par l'agglomération de nombreux filaments serrés enchevêtrés au centre comme une pelote, avec un halo de filaments plus lâches qui émanaient de la masse centrale, et de nombreux filaments, aérés, isolés, divisés en deux, arborisés, se terminant en forme de pinceaux, avec 4, 6, 10 filaments adossés, avec une spore nettement sphérique à l'extrémité, de grandeur variée, quelques-unes volumineuses, de 10 à 12 μ de diamètre, les autres plus petites, de 4 à 6 μ de diamètre.

Les filaments mycéliens vus à un agrandissement microscopique plus fort ne différaient que très peu des filaments mycéliens observés dans les préparations des matières des zones de bordure des aires desquamées de la langue, dans lesquelles, ainsi que je l'ai fait remarquer précédemment, elles étaient constantes et en nombre supérieur. Comme ceux-ci, en effet, ces mycéliums étaient plus ou moins cloisonnés, droits ou courbes, gros ou menus, à contenu hyalin, réfringent, ou finement granuleux ; ils se coloraient uniformément avec les solutions colorantes usuelles, davantage avec le bleu de méthylène, avec le picrocarmin, avec l'hématoxyline et résistaient au gram.

Les transports dans l'agar incliné développaient des boutons cupuliformes, blancs, à contenu compact, à superficie plutôt sèche, pulvérulente, avec un halo mince, transparent, produit par de nombreux fils irradiant superficiellement avec aucune tendance à gagner en profondeur. Avec l'anse les masses des colonies se détachaient complètement du plan de l'agar.

Des ensemencements dans la gélatine donnaient naissance à un développement superficiel de masses duveteuses, blanches, qui atteignaient au bout de quelques jours, les parois du tube et se répandaient tout à coup sur leur surface. Avec le temps, ces masses prenaient l'aspect d'une pellicule bariolée à surface plutôt aride, veloutée. Le long de l'ensemencement de l'anse, il n'y avait aucun développement apparent.

Pour les transports dans le bouillon, 48 heures après le contact, il y avait sur la surface libre et sur une bonne étendue des parois de l'éprouvette, le développement de petits flocons légers, délicats, nettement blancs, qui adhéraient entre eux au moyen de filaments minces. Après quelques jours, cette petite couche de pelure mince s'épaississait, en conservant toujours la coloration primitive et prenait l'aspect d'une pellicule dense, cotoneuse, bariolée qui s'élevait de quelques centimètres sur la partie liquide et adhérait aux parois des éprouvettes, sous la forme d'un bouchon. Le bouillon conservait invariablement sa réaction alcaline; il ne se troublait nullement; sur le fond, on relevait un très léger dépôt au fur et à mesure que la culture vieillissait.

Des transports dans le lait donnaient un développement analogue, mais plus luxuriant que celui du bouillon. La pellicule superficielle devenait rapidement épaisse et prenait dans la couche supérieure libre un aspect velouté, dans la couche inférieure en contact avec le terrain nutritif un aspect couenneux.

Dans les pommes de terre on avait un développement d'une couche duveteuse qui s'épaississait rapidement, s'étalait sur toute la surface des pommes de terre et prenait une apparence veloutée, homogène, conservant constamment le coloris blanc de neige.

Dans les terrains gras, dans le beurre et dans le saindoux du commerce, dans les terrains un peu acides, dans les pommes et les poires cuites il se produirait une croissance assez luxuriante. Elle croissait très bien à la température ambiante; elle croissait lentement à température basse.

Les inoculations sous-cutanées chez les cobayes et les lapins, avec des doses relativement abondantes de la couche en pleine activité et développement, préalablement délayées dans de l'eau stérilisée, restaient négatives.

Les inoculations abdominales de la couche préalablement délayée dans l'eau, restaient aussi négatives.

Les inoculations des produits solubles, obtenus au moyen de l'addition d'eau dans les cultures en agar en pleine activité de développement, tenus pendant un certain temps — deux semaines —

à la température de l'autoclave, tuaient le lapin et le cobaye, respectivement 8 et 11 jours après l'inoculation, avec des phénomènes très marqués de marasme, sans faits dignes d'intérêt à l'autopsie. A côté de ces colonies dominantes, dans quelques boîtes-culture, surtout dans les boîtes-culture en agar et gélatine des matières de la zone de bordure de la plus grande aire de desquamation de langue, on trouve des colonies de bacilles minces.

On avait affaire en effet à des bacilles plutôt longs, de longueur variée selon le terrain où ils étaient cultivés, à extrémité arrondie, avec des cils terminaux, isolés ou réunis en longues chaînes articulées, flexibles. Ils se coloraient facilement avec les solutions colorantes usuelles ; assez bien avec le Ziehl ; ils résistaient au gram. Ils croissaient très bien à la température ordinaire, mieux à la température de l'autoclave ; ils étaient sporigènes.

Dans les tubes-culture en agar glycériné, ils donnaient des colonies circulaires, subtiles, de coloris blanc, blanc sale, jaunâtre, à patine humide, luisante, mamelonnée au fur et à mesure du vieillissement de la culture.

Dans l'agar incliné, ils développaient une couche grisâtre qui se transformait en une pellicule membraneuse, avec de nombreux plis relevés, s'entrecroisant de façon variée.

Dans la gélatine en couche épaisse, déjà après 48 h., ils poussaient sous forme de clou, avec une surface plutôt plate, qui s'étendait rapidement sur tout le plan et se soulevait assez largement sur les parois internes du tube. La gélatine après 5 à 6 jours se fendait et la pellicule granuleuse superficielle de couleur blanche se précipitait au fond.

Dans d'autres boîtes-culture, et par exemple dans les boîtes-culture de la petite aire de desquamation de droite, je pouvais identifier des colonies plutôt petites, parfaitement circulaires, peu relevées, à patine humide, luisante, incolore dans les premiers jours du développement, de couleur jaune d'or par la suite qui, dans les transports ultérieurs dans divers terrains nutritifs, étaient facilement reconnus pour des colonies de staphylococcus pyogenes aureus.

Enfin dans les boîtes-culture en gélatine de la grande aire de desquamation de droite, je pouvais identifier quelques colonies de sarcina aurantiaca, à patine humide, relevées, de couleur nettement jaune orange et ressemblant microscopiquement à un grain de café.

Preuves expérimentales. En même temps que les cultures se développaient, j'ai entrepris les preuves expérimentales nécessaires, surtout avec les matières prélevées directement sur les zones de confin de l'aire de desquamation de la langue, où les germes étaient les plus nombreux.

Pour cela, chez un lapin et un cobaye dûment immobilisés, tenus la bouche ouverte afin de pouvoir fixer la langue, j'ai déposé la matière raclée sur le bord de la grande aire de desquamation et d'une des petites, et afin que cette matière fût mieux introduite et

absorbée, j'ai pratiqué avec le même bistouri, des scarifications superficielles répétées sur la face dorsale de la langue.

Les greffes produisirent tout au plus une rougeur légère et une infiltration nodulaire superficielle qui se dissipèrent quelques jours après sans laisser de traces appréciables. J'ai répété des expériences analogues avec quelques bouillons de culture des matières des bords des aires de desquamation linguale, greffant de la même façon, après scarification de la langue, un peu du bouillon de culture, chez un lapin et chez un cobaye.

Les résultats furent constamment négatifs.

J'ai fait la même expérience chez un chien. En tous points de la face dorsale de la langue j'ai pratiqué le raclage de l'épithélium superficiel, non pas sous forme de scarifications nombreuses, et dans chacune de ces surfaces je greffais un peu du bouillon de culture du bord de chaque zone de desquamation. Il y eut tout d'abord une légère réaction inflammatoire, avec un halo limite de rougeur, qui disparut dans l'espace de quelques jours, sans laisser aucune trace de desquamation.

A la suite des résultats constamment négatifs de ces preuves expérimentales nombreuses j'ai renoncé à des essais ultérieurs; d'autre part, je manquais des matières nécessaires à ces recherches, et j'étais intimement convaincu de l'impossibilité du succès à cause de la difficulté que l'on avait de créer chez les animaux les conditions de prédisposition qui doivent présider à la croissance de l'hypomycète sur la muqueuse linguale et qui échappent nettement à nos investigations.

Je rappellerai ici que la malade revint à ma consultation 10 jours après la première visite.

Sur la langue, les aires de desquamation conservaient invariablement les caractères objectifs; celle de gauche était même un peu plus étendue aux dépens de la face dorsale et avait pris une forme quasi circulaire, pendant que les deux aires de droite s'étaient réunies, formant une aire unie plutôt irrégulière avec tendance à la forme cyclique.

La surface normale de la langue contrastait vivement avec les aires de desquamation, par sa couleur rose pâle et affectait la forme d'une carte géographique.

D'autre part, en présence du résultat des recherches bactériologiques qui attestait l'importance directe de l'hypomycète dans la production de ces altérations de la langue, et sur l'insistance de la malade qui réclamait une indication thérapeutique, j'ai cru bon d'en arriver au raclage des zones marginales des aires de desquamation. Je fis ce raclage avec une curette de Volkmann, délicatement, de façon à intéresser la couche superficielle de la muqueuse; je pratiquais immédiatement un large badigeonnage de solution de fluorure d'argent.

La guérison ne se fit pas attendre : après quelques raclages, suivis du badigeonnage désinfectant, on obtint la parfaite restitution de l'épithélium dans tout l'enceinte des aires desquamées, restitution que je crois définitive aujourd'hui, puisque depuis un an la guérison se maintient, sans que le malade n'ait accusé quelque récidive.

J'ai rapporté cette observation d'exfoliation en aires de la langue, accompagnée des recherches bactériologiques opportunes pour deux motifs. Avant tout parce qu'il me semble qu'on devait apporter une contribution solide à l'étayage de la nature parasitaire de cette affection, comme l'avaient entrevu Gubler, Renaut, Gaspary, Barthez; cette théorie est loin d'être démontrée, à cause de la difficulté à relever un agent spécial, ou mieux à attribuer la paternité à quelqu'un des germes nombreux trouvés dans les matières de raclage. Ces germes, à vrai dire, ne méritent pas tout le mépris que leur ont voué les observateurs, qui étudiant avant moi la bactériologie de l'exfoliation de la langue, crurent ne pas devoir les prendre en sérieuse considération uniquement parce que l'on s'occupait des germes habituels de la bouche qui logent des agents infectieux très virulents, lesquels menacent continuellement l'intégrité de notre organisme.

D'autre part, en faisant abstraction même des recherches bactériologiques, l'objectivité clinique de l'exfoliation linguale de ce cas dépose en faveur de la nature parasitaire. En effet une lésion strictement locale, qui intéresse incomplètement la couche épithéliale et qui ne pénètre pas dans les couches sous-jacentes de la muqueuse, à développement lent, sans phénomènes réactionnels intenses, sans troubles subjectifs et sans une cause générale appréciable, à moins que l'on ne veuille recourir aux hypothèses ordinaires des troubles trophonévrotiques ou gastro-intestinaux, ne peut pas ne pas faire penser à un facteur parasitaire.

L'analogie des affections similaires de la peau de nature nettement parasitaire concourt encore bien plus à convaincre de la nature parasitaire : les dermatomycoses, le pityriasis, les tricophyties présentent, avec leur marche indolore leur morphologie caractéristique, leur tendance à donner des formes figurées s'épuisant dans le centre, des points de contact non douteux avec les manifestations linguales de mon observation.

La présence constante, de toute façon, dans mon cas de ce même élément parasitaire dans les trois zones de desquamation de la langue ; sa prédominance presque absolue, démontrée dans les matières de raclage par l'examen microscopique et par l'examen bactériologique ; l'association rare des germes communs de

la bouche; la guérison facile au moyen d'un antiseptiquéou, et cela constitue des faits qui ne laissent aucun doute sur la nature parasitaire de la lésion et nous amènent à accepter la connexion étiologique, tout au moins dans le cas présent, entre la manifestation linguale et l'hypomycète que j'ai étudié. Je ne crois pas que l'objection que l'on pourra soulever pour infirmer ou contredire pareille opinion puisse avoir de la valeur, cette objection consisterait à nier l'importance de l'élément parasitaire que j'ai mis en évidence par le fait de l'absence de preuves expérimentales et à dire que l'hypomycète que j'ai décrit n'est en somme que le représentant d'une espèce banale, sans signification pathogénique, très répandu sur la terre d'où il passe dans l'air et avec les poussières dans les cavités naturelles.

Le caractère erroné de cette objection ne pourra échapper à quiconque est au courant des connaissances que l'on acquiert tous les jours dans le champ de la bactériologie; il saura que beaucoup de germes, tenus un moment pour des saprophytes banals de l'organisme ont été élevés plus tard au rang de germes pathogènes de premier ordre, et il se souviendra en même temps des nombreux exemples de maladies nettement infectieuses, que personne n'oserait mettre en doute malgré le désir impraticable de répéter chez les animaux de laboratoire la preuve expérimentale démontrée avec les agents spécifiques présumés.

D'autre part nous savons tous combien nous devons peu compter sur les preuves expérimentales pour démontrer l'importance de certains germes dans les manifestations extérieures de maladies infectieuses déterminées, soit parce que les animaux présentent une réceptivité spéciale, tout à fait différente de celle que présente l'organisme humain; soit parce que l'accroissement des germes sur les muqueuses est subordonné à une association de conditions, conditions dites prédisposantes, qui agissent en troublant cette série d'actes grâce auxquels les cellules arrêtent et détruisent les germes et que nous ne savons pas le moins du monde évaluer.

Il est certain que la preuve expérimentale, qui faisait déjà admettre l'importance de l'hypomycète dans la production et l'évolution de cette lésion linguale, aurait permis de mieux interpréter le mécanisme pathogénique, qui est peu éclairé par l'observation d'un cas unique, quand bien même l'on aurait pu pratiquer une biopsie pour l'étude des altérations histologiques éventuelles.

Je dirai aussi que la disposition des mycéliums de la moisissure, ainsi qu'il a été établi par les examens microscopiques des

matières de la zone de bordure, pressés autour des éléments isolés ou aux groupes des éléments de la muqueuse, ferait supposer que le détachement et la séparation des épithéliums sont dus de préférence à l'action mécanique plutôt qu'à celle des produits toxiques de l'hypomycète, ou même à l'action combinée de ces deux facteurs.

On a raison de croire que l'hypomycète par suite de conditions de prédisposition spéciale de la muqueuse a pris croissance sur la surface de la langue se fixant et s'enroulant entre les papilles subtiles, vivant aux dépens des détritus des éléments cellulaires et qu'il a diffusé d'une façon centrifuge (ce qui expliquerait la disposition aréolaire de la desquamation), sans pénétrer dans les couches sous-jacentes, vaincu probablement par le pouvoir de défense plus actif de la muqueuse ou impuissant peut-être à vivre dans des milieux peu riches en oxygène.

Ce n'est pas le cas d'insister sur cette hypothèse ou tout autre que je pourrais émettre malgré les signes de probabilité qu'elles présentent : il faut avant tout avoir pratiqué les recherches nécessaires et avoir réussi les preuves des faits qui conduiront à donner la certitude scientifique absolue : pour le moment donc je me contente d'attirer l'attention sur la nécessité de ne pas négliger les recherches bactériologiques dans ces maladies de la langue, heureux d'avoir apporté une part qui peut servir de comparaison dans l'étude des observations ultérieures.

L'autre raison qui m'a engagé à publier le cas présent a trait strictement au pénicillium isolé.

La preuve de l'importance acquise par cette classe d'hypomycètes dans le domaine de la pathologie sera corroborée par les recherches de Gosio sur le pénicillium glaucum, dont les produits, d'après ses découvertes, étaient pourvus d'une toxicité sûre et capable de produire des troubles neuro-musculaires graves chez le rat blanc. De même Di Pietro identifiait une variété de pénicillium, dont les spores contenaient des principes toxiques, capables de produire des intoxications inaccoutumées chez les animaux d'expérience, caractérisées par de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire.

Récemment Ceni, défenseur acharné de l'importance des pénicilliums dans le syndrome complexe de la pellagie, isolait deux variétés de pénicilliums doués de propriétés toxiques caractéristiques et opposées, dont les produits occasionnaient pour l'une des phénomènes évidemment dépressifs et pour l'autre des phénomènes d'excitation neuro-musculaires.

En passant eu revue les travaux de ces observateurs, aussi

bien que les travaux de Siebermann, d'Hassenstein, de Standener, de Bezold sur certains pénicilliums isolés du conduit auditif, de Paltauf, de Ribbert, de Zigenhorn, de Plaut et des autres qui s'occupèrent plus spécialement des hypomycètes pathogènes, il devient assez difficile de préciser sur la simple description des pénicilliums qu'ils ont décrits, s'il s'agit d'espèces distinctes comme pouvaient le faire supposer les désignations diverses sous lesquelles ils sont signalés, ou bien si ce n'est que les modifications de la même moisissure dépendant du milieu de développement ou de la nature du terrain qui joue une importance notable dans la morphologie et la biologie des hypomycètes en général.

L'on sait que les variétés connues de pénicillium, le p. crustaceum, le p. glaucum, le p. minimum, le p. insigne, le p. brevicaule, sont différenciées sur la base de caractères peu considérables ; par exemple le volume des mycéliums ou des spores, la susceptibilité de se colorer avec des solutions d'usage courant, les modalités de développement dans les terrains artificiels, etc., caractères très changeants à la suite de conditions multiples, insuffisants par eux-mêmes ou en association à bien définir une espèce.

Et cela m'engage à répondre à la demande qui se pose spontanément, si le pénicillium isolé de l'exfoliation de la langue répond dans ses caractères à une variété connue ou est une espèce distincte ; il ne paraît pas facile de répondre d'une façon décisive dans l'état actuel de nos connaissances sur la biologie de cette classe d'hypomycètes.

Franchement, quelques caractères culturaux feraient différencier le pénicillium isolé de cette lésion linguale du pénicillium glaucum ou du p. luteum ; il manque le tapis de couche verte que dans des périodes déterminées de développement prennent les colonies de ces derniers ; le volume des mycéliums le feraient différencier du pénicillium insigne, aux mycéliums très longs et du pénicillium brevicaule, variété utilisée en chimie bromatologique pour la recherche des traces infinitésimales d'arsenic ; la forme et la grandeur des spores le feraient différencier du pénicillium crustaceum, et du pénicillium aureum, à spores fusiformes jamais circulaires, selon ce que dit Plaut. A la rigueur donc, mon pénicillium n'a avec les variétés connues que des ressemblances lointaines et on pourrait en faire une variété tout à fait distincte des autres, et pour le différencier étant donné la lésion d'où on l'a isolé il mériterait la dénomination de pénicillium de l'exfoliation en aires de la langue ; dénomination, me hâterai-je d'ajouter qui trouve sa confirmation dans le contrôle des diverses variétés de pénicilliums isolés des différents milieux et soumis par moi à

une étude complète dont les résultats seront donnés dans une publication spéciale.

BIBLIOGRAPHIE

Alibert, cité par Brocq. *Dermatologie pratique*, Paris, 1904.

Auspitz, — — —

Balzer, — — —

Barthez, — — —

Bergeron, *Union médicale*, nouvelle série, 1864.

Betz, Ueber chronische Exkoriationen auf der Zunge. *Arch. für Kinderk.*, Bd XX, 1853.

Bezold, cité par Siebermann.

Bridou, Sur une affection innommée de la muqueuse linguale. Thèse de Paris, 1872.

Ceni, Les pénicilliums dans l'étiologie et la pathogénie de la Pellagre. *Revista di Freniatina*, 1903.

Colcott, Sur l'éruption circinée de la langue. *The Lancet*, 1884.

Cornil, Leçon sur la syphilis, 1879.

Damaschino, *Gaz. heb.*, 16 juillet 1880, p. 473, cité par Gautier.

Di Pietro, Sur les poisons de quelques moisissures. *Ann. d'Igien Sperim.*, 1902.

Fournier, Leçon clinique sur la syphilis. Paris, 1889.

Galliard, cité par Maurel.

Gaspary, Ueber fluchtige guthartige Plaques der Zungenschleimhaut. *Vierteliahres für Dermat. u. Syph.*, 1881.

Gosio, Action des microphytes sur les composés arsenicaux fixes. Rome, 1891.

Gratwitz, Beitrage zur systematischen Botanik der pflanzische Parasiten. *Virchow Arch.*, t. LXX, 1877.

Gubler, *Dict. encycl. des Sc. medic.*, « Bouche ». Paris, 1869.

Hassenstein, cité par Plaut.

Klarke, cité par Maurel.

Legendre, cité par Brocq. *Derm. pratiq.*, Paris, 1904.

Maurel, Traité des maladies de la bouche. Paris, 1893.

Mibelli, Sulla esfoliazione areata della lingua. *Giorn. Ital. Malat. Veneree*, 1888.

Möller, Klinische Bemerkungen uber einige weniger Bekannte Krankheiten der Zunge. *Deutsch. Klinik*, 1851.

Paltauf, Mycosis mucorina. *Virchow Arch.*, Bd 102, 1885.

Parrot, La syphilis desquamative de la langue. *Progrès médical*, 1881.

Plaut, Handbuch der Pathog. mikroorgan. Kalb et Wassermann, vol. I, p. 526.

Rayer, Traité des maladies de la peau, tome II, Paris, 1831.

Renaut, cité par Brocq. *Derm. pratiq.*, Paris, 1904.

Siebermann, Die Fadenpilze und ihre Beziehungen zu otomycosis aspergillina, 1883.

Ribbert, Der Untergang pathogener Schimmelpilze im Körper. Bonn, 1887.

Stendener, cité par Plaut.

Unna, Ueber Kreisfleckige Exfoliation der Bohlhand im der Zunge. *Vierteliahres für Dermatot und Syphilis*, 1881.

Vanlair, Le lichénoïde lingual. *Rev. mens. de médecine.*, 1880.

Vogel, Traité des maladies des enfants, trad. ital., Naples, 1880.

Zugenhorn, Versuch über die Abschwachung pathogener Schmmelpilze. *Arch. f. experiment. Path.*, Bd XXI, 1886.

VII

RÉSECTION DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR
POUR LE
CANCER DU SINUS

Par **Antoine JOUTY**,
Chirurgien oto-laryngologique de l'Hôpital d'Oran.

Les cancers du sinus maxillaire sont chose assez rare pour qu'il soit toujours utile, quand il nous est donné l'occasion d'en observer un, d'en relater le développement, la forme clinique et histologique et de décrire le traitement opératoire auquel il a donné lieu.

Il est de règle de voir l'infection cancéreuse de l'antre d'Highmore prise au début et encore pendant un long temps de son évolution pour une simple sinusite maxillaire chronique.

La malade dont je veux raconter l'histoire n'échappa pas à cette méprise et fut soignée pendant deux années entières pour une inflammation vulgaire du sinus. Malgré les traitements que lui fit subir à plusieurs reprises un chirurgien et qui consistèrent en ponctions et lavages, sa prétendue sinusite ne guérissait pas et empirait. Peu à peu, en effet, une certaine lourdeur fut ressentie du côté de la joue gauche ; de ce côté de la face, les dents parurent à ma malade plus longues et comme déchaussées ; la joue se tuméfia, devint dure ; une douleur d'abord vague et localisée vers le milieu de la joue s'accentua progressivement et s'étendit ensuite à tout le massif facial et à l'orbite jusqu'à l'œil.

En même temps, la respiration devint difficile par la fosse nasale gauche, puis impossible à cause de son obstruction complète. Enfin par la narine gauche coulait sans cesse depuis quelques mois un liquide purulent présentant une légère fétidité et parfois très légèrement teinté de sang.

Telle est l'histoire pathologique que me raconta madame D., âgée de 35 ans quand elle vint pour la première fois à ma consultation le 2 décembre 1908.

Le début de l'affection remontait à deux ans au moins et cette lenteur dans l'évolution du mal qui semble anormale pour le diagnostic microscopique qui en fut fait doit être retenue.

L'examen minutieux de la malade me fournit les renseignements suivants. Tout d'abord l'aspect était caractéristique d'une tumeur de l'antre d'Highmore. Tout le massif facial à gauche du nez était tuméfié. Cette tuméfaction était dure et ligneuse. La paroi antérieure de l'antre était soulevée en masse et bombait de la même façon que s'il se fût agi d'une de ces fluxions que l'on voit se développer au

cours des périostites alvéolo-dentaires des premières molaires supé-

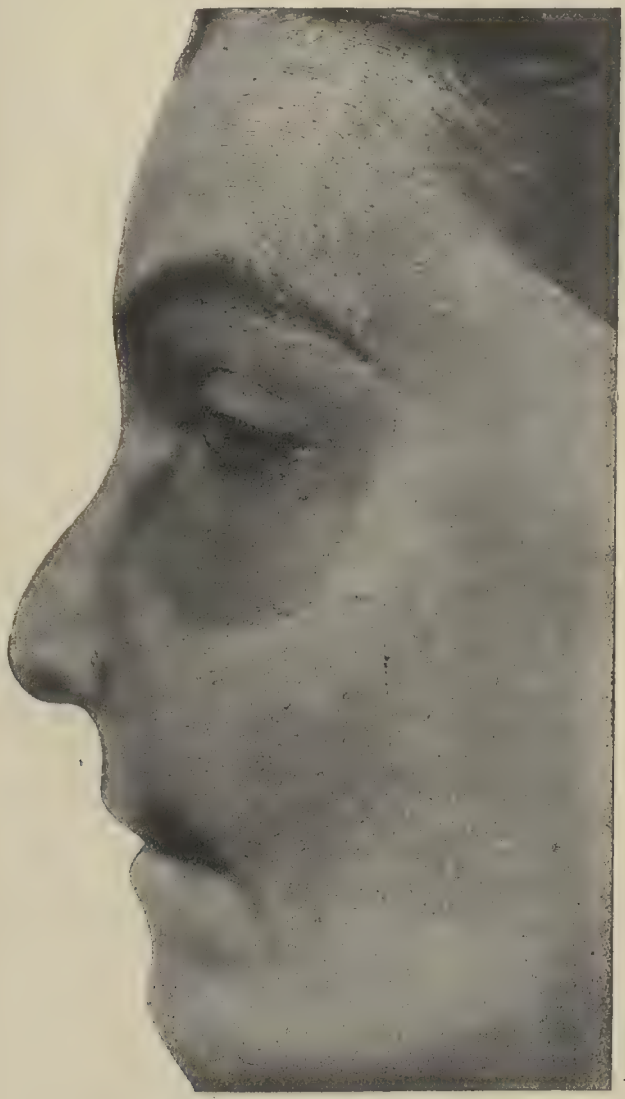


FIG. 1.

rieures. La peau en cet endroit était mobile sur les plans sous-jacents,

mais plus haut, vers l'angle naso-orbitaire, et surtout dans cet angle, elle était tout à fait transparente, mince et adhérente à la tumeur ; en outre elle présentait en ce lieu et le long du rebord inférieur de l'orbite, sous la paupière une coloration si violacée, si foncée, si ecchymotique qu'on pensait tout d'abord à quelque extravasation sanguine sous-cutanée causée par un traumatisme quelconque. L'altération des téguments était très marquée dans cette région supérieure et on remarquait à un centimètre environ au-dessous des caroncules lacrymales une petite élevure blanchâtre de la grosseur d'un pois, plus dure que la peau voisine et présentant une fistulette par où s'écoulait facilement, à la pression, un liquide louche où nageaient des grumeaux purulents. J'avais affaire là, sans doute, à une fistule lacrymale.

Sur la partie interne du rebord orbitaire inférieur chevauchait une masse fongueuse de la grosseur d'un pois, dure, lobulée, prolongement de la tumeur sinusienne qui s'était fait jour à travers la paroi antérieure de l'antre à ce niveau. Avec le doigt, on pouvait facilement en reconnaître les contours. Développée aisément dans l'atmosphère graisseuse de l'orbite, elle avait refoulé le globe oculaire en haut, mais son faible volume n'avait pu encore produire de la compression sur le globe oculaire. Pas d'amaurose, pas même d'amblyopie. Il n'y avait pas non plus d'ophtalmoplégie.

La fosse canine est comblée par une masse dure qui refoule d'autre part la gouttière gingivo-labiale. En soulevant la lèvre supérieure, on aperçoit cette tuméfaction qui est recouverte par une muqueuse très vasculaire, bleutée, et dont la pression donne un peu en certains endroits cette sensation parcheminée que l'on trouve sur les kystes du sinus maxillaire. Sous l'os malaire, il existe aussi un bloc de tumeur, dur, volumineux, développé parallèlement au rebord alvéolaire. Mais de ce côté aussi je peux sentir les limites extrêmes de la lésion et je constate que la fosse ptérygo-maxillaire est indemne. Du côté de la lésion, la ligne dentaire n'est pas abaissée.

La voûte palatine ne présente non plus aucun affaissement, les lignes de son ogivité sont parfaitement conservées. En somme, c'est vers le haut que progresse la tumeur et toute la superstructure est envahie.

La paroi nasale, comme il fallait s'y attendre, est considérablement déformée. A la rhinoscopie antérieure, elle apparaît tellement bombée qu'elle s'appuie sur le septum. On sent que la poussée intra-sinusienne est forte et que depuis longtemps déjà la paroi nasale de l'antre a cédé. De gros bourgeons saignants la parsèment, envahissant surtout le méat moyen comme s'ils s'étaient déversés du sinus dans le canal respiratoire à travers l'ostium agrandi. Ces végétations pressées les unes contre les autres sont très vascularisées et couvertes d'un liquide, mais *plus fluide* certainement que celui qui s'écoule des sinusites maxillaires vraies. A première vue, il est difficile d'inspecter la paroi nasale du sinus dans toute sa longueur.

Après un badigeonnage à l'adrénaline, je parvins cependant à pousser plus haut l'exploration de l'œil et du stylet.

En longueur, toute la paroi est atteinte et repoussée vers la cloison nasale. En hauteur, la tumeur a déjà envahi le labyrinthe ethmoïdal : cellules antérieures et postérieures participent à l'infection ; mais la lame criblée doit être encore saine.

Malgré cette grande étendue, les lésions sont assez bien limitées ; le plancher nasal n'est pas atteint ou très peu, la cloison est nette et dans la profondeur le doigt explorant la cavité rétro-nasale ne fait sentir aucun prolongement dans le cavum.

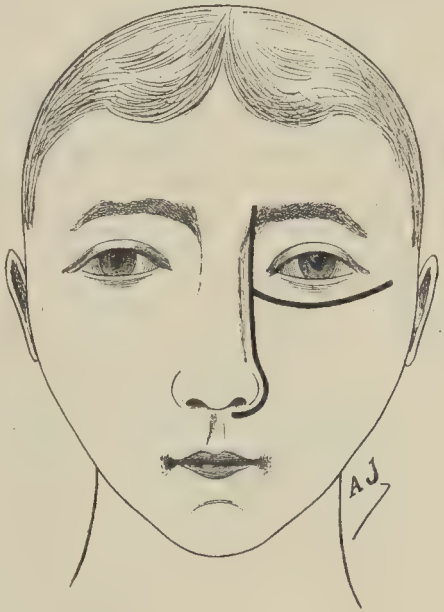


FIG. 2.

En résumé, mon examen m'a démontré que j'ai affaire à une tumeur développée vraisemblablement à l'intérieur du sinus primitivement et ayant évolué en haut et gagné tout le maxillaire supérieur. La cavité du sinus est comblée et depuis plusieurs mois sans doute, la tumeur a envahi et distendu les parois jugale et nasale et s'infiltre maintenant dans le massif de l'ethmoïde ; de plus, elle essaie de contourner la paroi orbitaire inférieure pour envahir l'orbite.

En outre, à cause de l'adhérence de la peau au niveau de l'angle naso-orbitaire et sur la face antérieure du sinus, à cause de sa minceur en certains points et de son altération, il est certain que la paroi jugale de l'antre d'Highmore infiltrée a cédé et que les téguments commencent à être sérieusement atteints.

La suppuration et l'écoulement du liquide jaunâtre par la narine gauche légèrement rétrécie indiquent qu'il s'est produit depuis

quelque temps une infection secondaire et une nécrose partielle des éléments néoformés dans l'intérieur de l'antre. Il doit y avoir là un ramollissement de fongosités, une véritable fonte purulente.

N'oublions pas que ma malade a été soignée jusqu'ici pour une sinusite et que l'écoulement de pus par la narine a pu faire croire, en effet, à sa possibilité.

A vrai dire, l'erreur est facile à commettre surtout au début de l'affection. Sébileau, dans son étude sur les formes cliniques du cancer du sinus maxillaire parue en 1906, n'a-t-il pas parlé de cette difficulté et n'a-t-il pas attiré l'attention des chirurgiens spéciaux sur cette méprise fréquente ? La plupart des cas que le chirurgien de Lariboisière a eu à opérer et qui lui ont presque toujours été présentés à une époque tardive avaient été soignés pendant longtemps, même par des spécialistes en renom, pour de simple inflammation chronique de la muqueuse sinusienne. Dans mon cas, le diagnostic était facile, il sautait aux yeux. C'était bien là un cancer de l'antre d'Highmore.

J'aurai pu confirmer ce diagnostic par l'examen histologique d'un bourgeon méatique prélevé. Cet examen vraiment était superflu, d'autant plus que son résultat jusqu'à un certain point aurait pu m'induire en erreur, parce que je savais bien que les fongosités qui végètent sur la paroi nasale du sinus peuvent fort bien être de simples myxomes, réaction habituelle de la muqueuse pituitaire à toute irritation chronique et je me rappelais le cas que Poirier avait adressé un jour à Sébileau pour une pansinusite, chez lequel des végétations polypoïdes, examinées au microscope, avaient été reconnues pour de simples myxomes et qui se trouvaient être en réalité un épithélioma très malin de la cavité sinusienne.

Chez ma malade, le diagnostic différentiel entre l'épithélioma et le sarcome pouvait-il être solidement établi par l'aspect clinique ? Je ne le crois pas. Le mal était profond et caché, sa nature propre ne pouvait être examiné de près. Sous les yeux, je n'avais qu'un soulèvement des parois du sinus et une infiltration dure des tissus sous-cutanés. Si j'avais dû émettre une hypothèse c'eût été plutôt celle de sarcome.

Peu importait d'ailleurs. L'état général de la malade, quoique légèrement atteint, présentait encore une sérieuse résistance. Les téguments présentaient bien une légère teinte jaunâtre, mais l'état des fonctions était bon et localement il n'y avait pas de ganglions perceptibles au cou, à l'endroit où ils se rencontrent ordinairement, c'est-à-dire derrière l'angle de la mâchoire inférieure, au-devant du sterno-mastoïdien.

D'autre part, je concevais que l'exérèse pouvait être tentée et je conseillais pour toutes ces raisons la résection la plus large possible du maxillaire supérieur.

Opération. Sachant à quel point sont hémorragiques ces sortes de tumeurs faciales et pour prévenir tout ennui de cette nature au cours de l'anesthésie, je fis avant de faire endormir ma malade un

tamponnement serré du cavum. Pour que mon tampon d'ouate, bourrant complètement l'arrière-nez, puisse tenir, je nouai autour de lui un fil de catgut fort et les deux chefs de ce long fil passant par la narine gauche furent enroulés autour de l'oreille droite. Je conseille à ceux de nos confrères qui auront à opérer sur le sinus d'agir ainsi. Pendant toute la durée de l'anesthésie qui fut faite au chloroforme et fut excellente, je n'eus pas un seul instant à m'occuper de l'arrivée du sang dans le pharynx et dans les voies aériennes. Il n'en coula *pas une seule goutte* par là. Et c'est une grande sécurité pour l'opérateur dans les interventions sur les cavités annexes des fosses nasales de pouvoir s'isoler ainsi du courant respiratoire.

Je menais une première ligne d'incision de la tête du sourcil

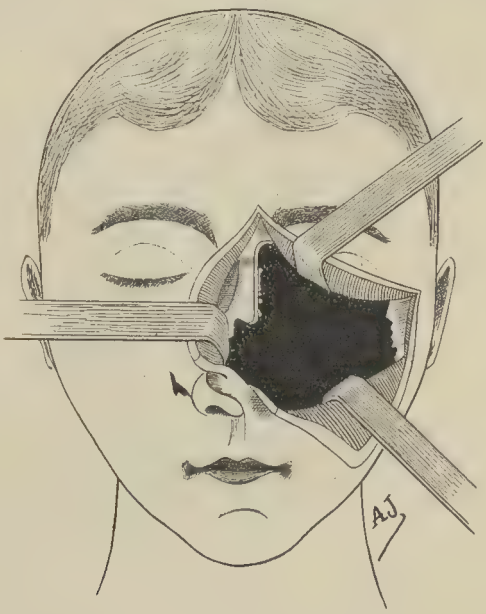


FIG. 3.

gauche jusqu'à la lèvre supérieure de ce côté en suivant le sillon naso-jugal et en contournant en bas la narine gauche, puis une autre incision perpendiculaire à la première longeant le rebord orbitaire sous la paupière gauche et allant par-dessus l'os malaire presque jusqu'à la naissance de l'apophyse zygomatique.

Je procédais alors avec la rugine à la décortication nasale et après avoir découvert parfaitement les os propres du nez, l'apophyse montante du maxillaire et l'unguis, je rabattais à droite du visage toute l'enveloppe cutanée du nez.

En faisant récliner en haut par un aide le lambeau supérieur, je

découvris la moitié inférieure du rebord interne de l'orbite et le canal nasal dont les parois étaient friables, puis avec la rugine je mis à nu tout le rebord inférieur de l'orbite avec le prolongement de la tumeur que j'ai indiqué plus haut et qui chevauchait sur le bord orbitaire déjà infiltré sur une notable étendue.

Restait mon lambeau inférieur triangulaire qui fut disséqué doucement à cause de la fragilité des téguments adhérents au plan sous-jacent infiltré. Ainsi fut mise largement à découvert toute la paroi antérieure du sinus jusqu'à la gouttière gingivolabiale que je voulais respecter pour éviter la pénétration gênante du sang dans la bouche.

L'opération, dès lors, se poursuivit avec les temps suivants : Résection de la branche montante du maxillaire, de l'unguis, de toute la partie envahie du labyrinthe ethmoïdal à gauche ; résection de toute la paroi nasale du sinus avec le cornet inférieur jusqu'à l'apophyse ptérygoïde ; résection d'un centimètre environ du rebord orbitaire inférieur. En dernier lieu, effondrement de toute la paroi antérieure de l'antre d'Highmore et résection d'une partie de sa paroi externe. Je tombe sur une masse volumineuse, bourgeonnante, fongueuse, remplissant toute la cavité sinusienne. Avec la curette je l'enlève. Elle saigne beaucoup. En son milieu, je trouve une grande quantité de fongosités ramollies et purulentes. Le curetage est fait jusqu'à dénudation complète des parois restantes qui ne sont pas infiltrées. Le plancher de l'orbite n'est pas envahi par la tumeur sauf dans la partie qui confine à la paroi jugale et que j'ai fait sauter à la gouge. Lorsque le curetage de la cavité du sinus maxillaire fut terminé un écouvillonnage avec un tampon imbibé d'une solution forte de chlorure de zinc termina l'opération. Bourrage de l'antre avec une longue lanière de gaze dont je fis sortir une extrémité par la narine gauche. Ensuite je rabattis l'enveloppe cutanée du nez sur ce qui restait de son squelette osseux et j'appliquai l'une contre l'autre par quelques points de suture les trois lèvres de ma plaie faciale.

Je répète que pendant tout le temps de l'intervention, grâce à la présence de mon tampon rétro-nasal solidement fixé par le fil enroulé autour du pavillon de l'oreille droite, je n'eus pas une goutte de sang dans le pharynx ou dans la cavité buccale, ce qui aurait pu gêner considérablement mon anesthésieur et m'obliger à suspendre de temps en temps mon opération pour éponger l'entrée du larynx. La malade demeura dans la position horizontale, la tête légèrement surélevée ; cette position étant évidemment beaucoup plus commode pour l'opérateur que celle de Rose rendue souvent obligatoire dans de pareils cas. Ainsi l'anesthésie fut bonne, sans alerte comme sans arrêt, et je pus faire mon opération dans un temps très court.

La mèche fut retirée tout entière le cinquième jour après l'opération et à partir de ce moment d'abondants lavages à l'eau oxygénée furent faits tous les deux jours par la fosse nasale dans la cavité opératoire.

Il est vraiment remarquable de voir avec quelle facilité se

réparent ces énormes pertes de substance dans le massif facial et combien l'esthétique des résultats est satisfaisante. Voici, en effet, une photographie bien mal faite malheureusement, mais qui permet toutefois de se rendre compte de la parfaite intégrité des lignes du visage.

Si on compare cet aspect à celui qu'offrait la malade avant

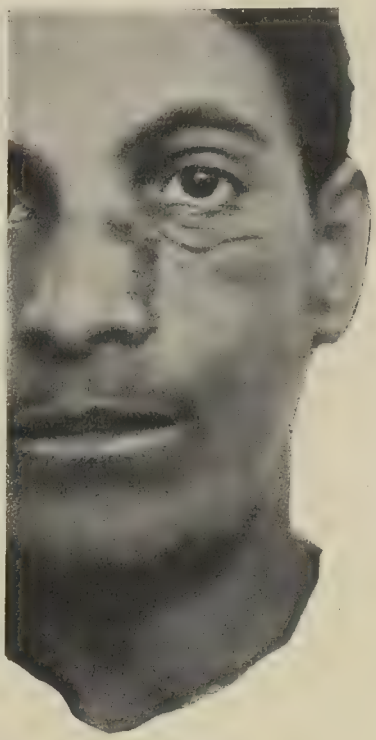


Fig. 4.

l'intervention, on voit nettement que la restauration du massif facial de ce côté est excellente.

Des tissus fibreux, abondants et solides se forment, en effet, rapidement après les opérations, sur la face ; ils matelassent fort bien les parties molles et on obtient des comblements qui font disparaître les cavités opératoires.

Voici déjà plus de trois mois que ma malade a été opérée et son état est satisfaisant. Toute sécrétion est tarie dans sa cavité

sinusienne. L'avenir m'apprendra si la guérison doit se maintenir ou si la récidive est proche.

L'examen histologique de la tumeur a été fait quelques jours après l'opération par mon ami le docteur Murat, médecin de l'hôpital de Mustapha, à Alger. C'est un épithélioma très malin, un carcinome.

Quoi qu'il en soit, je me félicite d'être intervenu largement chez cette malade, dont la tumeur présentait un envahissement très étendu, surtout du côté du plafond de la fosse nasale.

La technique opératoire que j'ai suivie me paraît excellente d'abord pour se faire un jour très grand sur le champ opératoire et ensuite pour permettre la restauration post-opératoire de la face.

Certes, si j'avais pu observer cette malade à un stade bien moins avancé de l'évolution de son cancer, je garderais plus d'espoir de sa guérison. Toutefois je pense que lorsque la lame criblée de l'ethmoïde n'est pas atteinte, que le cavum est indemne de ces prolongements solidement ancrés à ses parois et que la fosse ptérygo-maxillaire est indemne, on est en droit de tenter ces exérèses profondes dans des cas qui paraissaient même très avancés comme le mien.

VIII

NOS INTERVENTIONS DANS LE CANCER DU LARYNX

Par **COMPAIRED** (de Madrid).

[Traduction par B. de Gorsse, de Luchon.]

Nous allons présenter, sous forme d'histoires schématiques, les divers cas de cancer du larynx où nous avons eu à intervenir depuis l'année 1893, car nous ne pouvons donner de statistique parfaite pour les années antérieures. Pour le résultat total de toutes nos interventions et pour chacune d'elles en particulier, nous ferons les déductions cliniques et les commentaires qui nous semblent devoir en découler, sans cependant leur donner un développement qui pourrait fatiguer le lecteur.

Observation I. — G. M., de Madrid, 58 ans, fumeur, alcoolique, vendeur de journaux ; épithélioma diffus intra-glottique rétrécissant la lumière de la glotte et provoquant une dyspnée accentuée. Infarctus ganglionnaire. Anémie et amaigrissement cancéreux. Inopérable. Du reste le malade refuse tout autre intervention que la trachéotomie. Cette opération est faite le 3 février 1893. Nous le revoyons (après guérison de l'intervention trachéale) quatre mois plus tard. La tumeur était dans le même état. Nous n'avons plus entendu parler de lui.

Observation II. — A. A., 73 ans, de Zamora, laboureur, fumeur ; épithélioma proliférant de la bande ventriculaire et de la corde gauche, faisant irruption du côté opposé et englobant la portion correspondante de l'épiglotte. Difficulté respiratoire. Aspect terreux de la peau. Dénutrition. Infarctus ganglionnaire. Le malade refuse toute espèce d'intervention autre que la trachéotomie. Il revient deux mois plus tard en état d'asphyxie et est trachéotomisé le 21 mars 1893. Il rentre chez lui et n'a plus donné de ses nouvelles.

Observation III. — D. S. T., prêtre, de Santiago de Galice ; âgé de 64 ans, fumeur ; épithélioma ulcéré de l'épiglotte, de l'espace glosso-épiglottique et de l'espace aryténo-épiglottique gauches. Difficulté pour respirer. Dénutrition, cachexie cancéreuse. Haleine fétide. Infarctus ganglionnaire. Inopérable. La difficulté à respirer devient telle qu'elle nécessite impérieusement la trachéotomie qui est faite le 1er mai 1893. Mort deux mois après l'opération.

Observation IV. — S. A., de 49 ans, de famille noble, marchande des quatre saisons, sarcome intra-laryngé probable. Tumeur remplissant presque tout l'espace glottique. Refuse l'opération et même l'ablation d'un fragment pour analyse histologique. Il fallut la trachéotomiser d'urgence dans la nuit du 4 janvier 1894. Elle a vécu avec une canule pendant plus de quatre ans. La tumeur eut une marche très lente après la trachéotomie.

Observation V. — R. A., 71 ans ; veilleur de nuit jusqu'à l'année précédente ; fumeur. Épithélioma de la corde et de la bande ventriculaire droites, à petite base d'implantation. Difficulté pour respirer.

Infarctus ganglionnaire. Émaciation. Trachéotomie d'urgence le 14 avril 1894. Vécut à peine deux mois.

Observation VI. — A. A., 61 ans, boulanger, antécédents syphilitiques. Tumeur diffuse d'apparence clinique épithélioma teuse. Il ne permet pas l'ablation d'un fragment pour examen histologique. Le traitement antisyphilitique par injections hypodermiques empire notablement son état. Il faut faire une trachéotomie d'urgence le 30 décembre 1894. Mort vingt-un jours après, dans un état profond de cachexie.

Observation VII. — S. A., 52 ans. Maître d'école, fumeur. Tumeur sarcomateuse (d'après l'analyse histologique) de la grosseur d'une noisette, située sur la bande ventriculaire gauche, englobant la corde par sa base. Extirpation endo-laryngée. Pas de ganglions malades. Cicatrisation complète, en apparence du moins. Amélioration de la respiration et de la phonation. Reproduction quatre mois plus tard, sous forme diffuse, qui l'oblige à réclamer la trachéotomie le 2 février 1895. Mort cinq mois après. Le malade n'a pas été revu après la trachéotomie.

Observation VIII. — D. A., 53 ans, boulanger, fumeur, alcoolique. Épithélioma intralaryngé diffus, avec infiltration diffuse. Trachéotomie le 5 mars 1895. Nous n'avons plus rien su de lui.

Observation IX. — D. S., 58 ans, fumeur. Epithélioma intralaryngé avancé. Malade émacié. Trachéotomie le 21 novembre 1896. Nous n'avons plus entendu parler de lui.

Observation X. — S. A., 68 ans, laboureur, fumeur, alcoolique. Épithélioma de la corde et de toute la glotte droites. Trachéotomie le 8 mars 1897. Survie de onze mois.

Observation XI. — S. S., 78 ans, fumeur ; épithélioma proliférant intraglottique occupant toute la régon latérale droite et causant un cornage intense. Trachéotomie d'urgence le 2 janvier 1898. Mort au bout de 43 jours par cachexie cancéreuse.

Observation XII. — S. E., 49 ans, allumeur de reverbères, fumeur, alcoolique. Épithélioma de l'épiglotte et de la bande ventriculaire droite, absolument sessile et mamelonné. Extirpation endolaryngée complète, en apparence du moins, le 7 avril 1898. Reproduction au bout d'un mois et demi, sous une forme très rapide. Infection ganglionnaire, cornage, trachéotomie le 1er juillet. Mort le 2 décembre.

Observation XIII. — A. B., 64 ans, marchande des quatre saisons. Épithélioma englobant tout le larynx, l'espace glosso-épiglottique, la base de la langue et le pharynx du côté droit. Anémie cancéreuse. Infarctus ganglionnaires multiples et volumineux. Fétidité de l'haleine. Inopérable. Trachéotomie le 9 mars 1899. Mort le 28 du même mois.

Observation XIV. — D. A. Z., 64 ans, propriétaire, fumeur. Épithélioma de la corde et de la bande ventriculaire droites. Extirpation endolaryngée. Cautérisations galvano-caustiques subséquentes jusqu'à destruction de tous les tissus d'implantation et d'alentour, le 8 novembre 1900. Reproduction au bout de onze mois. Nouvelle

extirpation endolaryngée et galvanocaustie. Examen histologique. En mai 1902, la guérison persiste. Nous n'avons plus eu de ses nouvelles, car il quitta l'Espagne.

Observation XV. — X. X., de Salamanque, 62 ans. Épithélioma de la corde et de la bande ventriculaire droites. Extirpation endolaryngée et galvanocaustie en novembre 1901. Reproduction un an et demi plus tard. Nouvelle extirpation et galvanocaustie. Mort un an plus tard, nous ne savons de quoi.

Observation XVI. — S. M., 63 ans, fumeur. Épithélioma volumineux de la moitié du larynx droit. Hémilaryngectomie en un temps Récidive au bout d'un mois et demi ; nouvelle *taille laryngée*. Mort quatre mois après l'opération, d'infection cancéreuse. L'intervention avait eu lieu le 28 novembre 1902.

Observation XVII. — A. Z., 70 ans, fumeur. Épithélioma ulcéré de la base de la langue, de l'espace glosso-épiglottique, de l'épiglotte et de la base glottique de cette dernière. Infiltration intraglottique et des tissus voisins. Gros infarctus ganglionnaires. Cachexie cancéreuse. Difficulté à respirer. Dysphagie. Trachéotomie et mise en place d'une sonde destinée à l'alimentation par le nez, le 2 mars 1903. Mort le 17 du même mois.

Observation XVIII. — A. S., 52 ans, ébéniste, fumeur. Prolifération épithéliomateuse de la grosseur d'une mûre dans la partie antérieure de la bande de la corde droite. Le malade refuse l'opération extralaryngée, et nous faisons l'extirpation endolaryngée suivie d'une galvanocaustie profonde et étendue (6 avril 1903). Récidive constatée le 4 mars 1904. Nouvelle taille laryngée suivie de pointes de feu galvanocaustiques, et nouveau répit jusqu'au 17 septembre 1904. Le 14 octobre, les mêmes interventions sont renouvelées, le malade refusant tout autre espèce d'opération ; la guérison persiste jusqu'au 21 décembre 1905. A cette époque, la récidive est plus étendue et plus profonde ; l'infiltration voisine est visible, il y a un peu de sténose glottique. On constate quelques ganglions malades et nous refusons d'intervenir par les voies naturelles. Nous n'avons plus entendu parler de lui. La preuve histologique avait été faite dès la première intervention.

Observation XIX. — T. A., 43 ans, commerçant, vieilli par une vie irrégulière, fumeur, alcoolique, syphilitique. Épithélioma diffus de la corde et de la bande ventriculaire, ainsi que de la base de l'épiglotte du côté droit. Infarctus ganglionnaire. Sténose laryngée accentuée. Analyse histologique affirmative. Le malade n'accepte que la trachéotomie qui est faite d'urgence le 21 mai 1903. Nous n'avons plus entendu parler de lui.

Observation XX. — A. T., 47 ans, de famille noble. Épithélioma de la corde et de la bande ventriculaire droites. Analyse histologique affirmative. Hémilaryngectomie en un temps, le 3 novembre 1904. Bronchopneumonie septique le troisième jour et mort le cinquième jour après l'opération.

Observation XXI. —M. O., 58 ans, fumeur. Épithélioma de la

corde et de la bande ventriculaire droites. Thyrotomie le 16 janvier 1905. Guérison. Nous n'avons plus rien su de lui.

Observation XXII. — M. S., 58 ans, fumeur, alcoolique, syphilitique. Épithélioma diffus de la base de l'épiglotte. Analyse histologique affirmative. Infarctus ganglionnaire. Trachéotomie d'urgence le 21 mars 1905.

Observation XXIII. — S. A., 48 ans, fumeur. Épithélioma de la corde gauche. Analyse histologique affirmative. Absence de ganglions. Extirpation endolaryngée suivie de cautérisation galvanocaustique ample et profonde (8 novembre 1907). Pas de récidive.

Observation XXIV. — S. T., 52 ans, fumeur, syphilitique. Épithélioma probable de la corde et de la base droite de l'épiglotte. Pas d'infarctus ganglionnaire. L'analyse histologique a confirmé le diagnostic après le traitement. Extirpation endo-laryngée suivie de cautérisations galvanocaustiques amples, profondes et successives (30 janvier 1908). Pas de récidive.

Observation XXV. — D. E. de C., 60 ans, fumeur. Épithélioma diffus de toute la moitié gauche de la glotte, englobant toute l'épiglotte et rétrécissant la lumière glottique. Analyse histologique affirmative. Absence d'infarctus ganglionnaire. Trachéotomie d'urgence le 22 février 1908. Laryngectomie totale et extirpation de deux anneaux de la trachée, le 21 mai. Guérison. Pas de récidive.

Observation XXVI. — T. M., 61 ans, fumeur. Épithélioma localisé au tiers antérieur de la corde gauche. Analyse histologique affirmative. Absence d'infarctus ganglionnaire. Extirpation endolaryngée suivie de cautérisations galvanocaustiques amples, étendues et profondes (6 mars 1908). Guérison. Pas de récidive.

Les considérations que nous allons faire brièvement sur les cas, vont se rapporter à l'étiologie et à la thérapeutique des tumeurs malignes du larynx.

Sans commencer à discuter la raison de la cause initiale de cette classe de tumeurs malignes, car nous pensons qu'on peut aussi bien soutenir la théorie de Conheim que celle de Blumenthal, ou bien que celle, plus moderne, des micro-organismes, il est indubitable que cette cause nous est tout à fait inconnue, et il faut nous contenter des recherches statistiques et cliniques qui concernent les facteurs étiologiques individuels et les facteurs étiologiques occasionnels.

Dans les premiers, l'âge et le sexe semblent être bien établis ; et, plus particulièrement, pour ce qui concerne l'âge, il semble qu'il y ait une loi presque fondamentale, c'est que le maximum de fréquence des cancers, qu'ils soient du larynx ou de tout autre partie du corps, est de quarante à soixante-dix ans.

Le sexe masculin passe également pour être le plus exposé à ces tumeurs malignes pour plusieurs raisons que nous ne mentionnerons pas ici.

Dans notre statistique, on peut voir comme facteur occasionnel fréquent l'usage ou l'abus du tabac, l'alcoolisme et l'abus de la voix, pris dans le sens que les malades s'en servaient d'une façon abusive et spécialement la nuit ou à l'air libre.

L'influence du tabac est grande, à notre avis, comme à celui de Moure, d'Escat, de Molinié et de beaucoup d'autres auteurs. Et plus que l'abus de la voix, le tabac irrite la muqueuse, surtout chez ceux qui fument en avalant la fumée ; chez ceux-là, il se produit une sorte d'envenimement, de congestion irritative constante, une prédisposition exagérée aux refroidissements et aux catarrhes *à frigore*, qui aggravent l'irritation nicotinique. Sera-ce donc une coïncidence que tous les hommes que nous avons examinés et qui étaient porteurs de cancers du larynx — et, parmi ceux-là, ce ne sont pas seulement ceux chez lesquels nous sommes intervenu, mais également ceux qui ont passé par notre Clinique comme malades pour connaître notre opinion et notre diagnostic — que tous ceux-là, disons-nous, étaient des fumeurs plus ou moins impénitents ?

Nous en dirons autant de l'alcoolisme et de la syphilis.

L'immense majorité des cancéreux du larynx refuse toute espèce d'intervention et ceux qui acceptent — seul un petit nombre se prête à une opération extralaryngée — veulent une hémi-laryngectomie ou simplement une thyrotomie.

Comme *ultima ratio*, quand la maladie a progressé jusqu'à déterminer l'asphyxie, ils acceptent d'être trachéotomisés, opération qui leur permet de respirer et donne le repos fonctionnel à l'organe phonétique. C'est pour cela que, dans notre statistique, on voit plus de ceux qui permettent qu'on leur ouvre la trachée, que de ceux qui optent pour une opération intra ou extralaryngée.

Et nous pensons que ce qui nous est arrivé, arrive également à nos autres collègues en spécialité d'Espagne.

Quelle est donc la raison de cela ? Nous ne l'attribuons pas seulement à la peur naturelle qu'ont les malades de subir une opération. Nous estimons, avec des raisons majeures, que la cause de cette horreur de telles interventions, est l'opposition systématique à laquelle on engage les malades, car l'immense majorité des médecins les avertit qu'on ne doit point faire de telles opérations extralaryngées eu égard à leur *extrême gravité*. Comme s'il n'était pas *encore plus grave de ne pas opérer*, de laisser le mal abandonné à lui-même arriver à un aboutissant nécessairement fatal !

Conséquence pratique de ce fait. D'abord, le plus souvent, les malades arrivent trop tard consulter le spécialiste ; le diag-

nostic est fait trop tard pour les complications que le mal entraîne dans la plupart des cas. Ensuite les malades, *n'acceptent* d'intervention chirurgicale *qu'au dernier moment*, et cette intervention est une intervention d'urgence, comme par exemple la trachéotomie ; et quand bien même ils se prêtent à d'autres opérations, ils le font également trop tard et dans les conditions les plus mauvaises.

La trachéotomie ne doit être faite que comme moyen de ne pas laisser asphyxier le malade, ou comme opération préparatoire à d'autres interventions plus sérieuses et plus radicales.

Sans discuter si l'extirpation endolaryngée est meilleure ou pire que les autres opérations, nous dirons que, si la tumeur s'y prête, si elle est *limitée*, *pédiculée*, et d'accès facile pour les pinces coupantes, on doit l'employer, mais suivie de cautérisations galvanocaustiques *amples et profondes*. Elle nous a, selon nos statistiques, donné relativement de bons résultats, ainsi que l'attestent les observations XIV, XV, XVIII, XXIII, XXIV et XXVI.

Il est évident que de pareils cas relevaient également de la thyrotomie ; mais, la plus grande gravité de cette opération comparée à la précédente mise à part, les malades ne l'acceptent pour ainsi dire jamais, parce que le mal ne les *presse* pas de façon à les obliger à accepter une opération désespérée, une opération qui nécessite la chloroformisation et qui consiste à *fendre* et à ouvrir le cou.

Doit-on faire l'extirpation endolaryngée d'un morceau de la tumeur pour examen histologique? Pour cela oui, parce que le diagnostic sera assis d'une manière certaine, claire et catégorique. Mais en revanche, cela aggrave le processus morbide, et lui donne une marche des plus rapides, accompagnée de douleurs pour le malade. Aussi, à mon avis, si les données cliniques ne *nécessitent* pas cet examen pour formuler le diagnostic précis de cancer — et ces cas sont nombreux où la clinique *convenablement établie et formulée* suffit — ou si le malade n'accepte pas une opération immédiate, extralaryngée, le spécialiste *doit s'abstenir* de la pratiquer parce que le dénouement fatal de la maladie est activé, sans qu'il en résulte aucun avantage pour le patient.

En résumé, sur les vingt-six cas de cancer intralaryngé que nous avons opérés depuis 1893, seize malades n'ont réclamé que la trachéotomie comme opération d'urgence ; ils sont morts ensuite, de cachexie naturellement, dans un espace de temps compris entre quelques jours et quatre années ; huit d'entre eux ne m'ont plus donné de leurs nouvelles.

Le traitement d'extirpation endolaryngée, suivie de cautérisa-

tions *in situ* est moins sanglant et nous a donné de meilleurs résultats que la trachéotomie et que les autres procédés ; dans les cas rapportés, ce procédé nous a donné une guérison qui s'est maintenue quelques années.

Nos deux hémilaryngectomies nous ont donné deux échecs. L'une des opérés meurt cinq jours après l'opération de pneumonie septique ; l'autre récidive au bout d'un mois et demi, est réopéré et meurt, au bout de quatre mois, d'infection cancéreuse. Est-ce que l'opération fut trop tardive ou insuffisante ? Il convient de faire remarquer que le malade n'avait pas d'infarctus ganglionnaire et ne présentait aucun symptôme de cachexie cancéreuse. Dans ces deux opérations, on avait vu *macroscopiquement* que les tissus laryngés respectés étaient sains. L'opération peut donc très bien avoir été insuffisante.

Mais surtout, nous considérons cette intervention comme d'une gravité opératoire et post-opératoire aussi grande que la laryngectomie totale. En revanche, elle offre *beaucoup moins* de garantie de succès et de sécurité quant à la reproduction du mal, que cette dernière. En conséquence, logiquement, il faut donner la préférence à l'extirpation totale, parce que, quand la lésion est peu étendue en surface et en profondeur et quand elle ne peut pas être opérée par les voies naturelles, nous avons la thyrotomie qui, avec moins de gravité opératoire et post-opératoire, nous permet d'extirper, avec quelque garantie de succès, la tumeur maligne.

Dans notre observation XXI, nous avons obtenu la guérison apparente jusqu'à ce jour, complètement, et sans qu'il ait été nécessaire d'extirper le moindre morceau cartilagineux du thyroïde.

En définitive, et pour nous résumer, nous dirons que le diagnostic précoce du cancer a une très grande importance, car, si alors le malade se soumet *de fait* à une intervention endolaryngée suivie d'une ample et profonde cautérisation galvanocaustique, ou tout au plus à une thyrotomie par quoi nous éviterons la nécessité de grandes opérations telles que l'hémilaryngectomie et l'extirpation totale du larynx, nous pourrons lui offrir une plus grande assurance, une plus grande garantie dans le succès thérapeutique, ce qui est, en somme, notre but.

Nous n'avons rien à dire de la prudence avec laquelle on doit surveiller ce genre de malades ; car, en réalité, le mot *guérison définitive* ne peut être prononcé, même lorsqu'on a passé quatre, six et même plus d'années après l'opération ; on a, en effet, constaté des cas de récidive *in situ* passé ce temps, sans compter les métastases que nous voyons se développer si fréquemment chez de tels malades.

IX

DE L'ENDOSCOPIE DIRECTE
ET
TOUT PARTICULIÈREMENT DE SON APPLICATION EN LARYNGOLOGIE

(*Suite.*)

Par **SARGNON** (de Lyon).

Anesthésie locale totale de l'œsophage et refoulement anesthésique (désenclavement des corps étrangers).

Voici comme nous procédons :

Nous avons déjà étudié la question avec Molière, dans la *Province médicale* (7 septembre 1907).

Elle a été *rarement employée en dehors de l'œsophagoscopie*, pourtant Mickulicz, Starck, V. Haker, Stœrck, la préconisent; comme anesthésie ils emploient la *cocaïne à 1/20* avec de l'*adrénaline*. L'anesthésique est porté sur un tampon monté sur une pince ou bien avec une éponge.

Qu'il s'agisse d'une anesthésie de diagnostic ou d'une anesthésie thérapeutique, nous mettons le malade en *position assise* d'œsophagoscopie sur une chaise basse, la tête renversée, tenue par un aide; l'opérateur, debout, muni du miroir frontal de Clar, plonge son regard dans la cavité buccale, tout en tirant la langue du patient de la main gauche. De la main droite le médecin badigeonne fortement et minutieusement, avec une tige porte-coton nasale droite imbibée d'une solution de cocaïne à 1/20e ou 1/30e (nous n'employons pas la solution à 1/10e en pareil cas) avec quelques gouttes d'adrénaline au 1/1000e, la base de la langue, les piliers, l'amygdale, le voile, la paroi postérieure du pharynx. Prenant ensuite une tige porte-coton à courbure laryngienne imbibée des mêmes solutions, nous badigeonnons méthodiquement l'épiglotte, l'entrée des gouttières pharyngo-laryngées, les aryténoïdes. Pour faciliter la manœuvre et descendre bas, nous utilisons une tige laryngienne à courbure redressée, presque œsophagienne. Il nous reste encore à anesthésier l'œsophage. Pour cela, nous avons fait construire une très longue tige (de 0m,45) en cuivre assez malléable et se montant sur le même manche que le porte-coton laryngien. C'est en somme une tige laryngienne très longue à courbure presque nulle, modifiable d'ailleurs à volonté, puisque le métal est malléable.

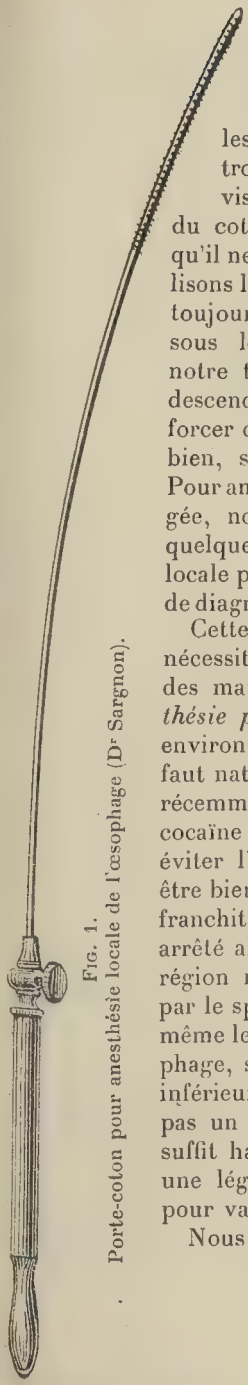


Fig. 1.
Porte-coton pour anesthésie locale de l'œsophage (Dr Sargnon).

Ces derniers temps, pour avoir une tige encore plus facilement maniable et ne se durcissant pas à la longue, nous l'avons fait construire avec le même alliage que les béniqués, mais elle est malheureusement trop souple. Sur toute la hauteur du pas de vis de la tige porte-coton, nous enroulons du coton boriqué en le serrant fortement pour qu'il ne s'échappe pas dans l'œsophage ; nous utilisons les mêmes solutions que précédemment, et toujours en position assise de l'œsophagoscopie, sous le contrôle du miroir, nous introduisons notre tige au niveau d'une des gouttières, puis descendons successivement, doucement, sans forcer dans toute la longueur de l'œsophage ou bien, suivant les cas, jusqu'au point malade. Pour anesthésier l'autre gouttière pharyngo-laryngée, nous employons la même manœuvre, et quelques minutes après, nous avons une anesthésie locale parfaite qui permet toute manœuvre locale de diagnostic ou de traitement.

Cette méthode, un peu longue, minutieuse, nécessitant pour être bien exécutée l'habitude des manœuvres intra-laryngées donne une *anesthésie parfaite* qui dure quinze à vingt minutes environ. Elle présente quelques difficultés ; il ne faut naturellement pas que le malade ait mangé récemment pour éviter les vomissements ; la cocaïne ne doit pas découler du tampon pour éviter l'intoxication ; le tampon doit cependant être bien imbibé. Si le tampon est un peu gros, il franchit difficilement le pharynx laryngé, car il est arrêté alors définitivement par l'étroitesse de la région rétro-cricoïdienne et très souvent aussi par le spasme du constricteur inférieur. Parfois même le tampon est arrêté un instant dans l'œsophage, soit à la partie moyenne ou à la partie inférieure par suite de spasmes. Quand il n'y a pas un obstacle réel ou un spasme intense, il suffit habituellement de maintenir, sans forcer, une légère pression sur la tige œsophagienne pour vaincre le spasme.

Nous n'avons *jamais eu d'accidents cocaï-*

niques même chez l'enfant ; nous n'avons pas utilisé les succédanés de la cocaïne. Nous redoutons surtout les accidents de perforation de l'œsophage ou du pharynx inférieur pour les néoplasmes et l'ouverture involontaire d'un anévrisme ; la *radioscopie préalable est indispensable* ; la *manœuvre intra-œsophagienne* doit être extrêmement *prudente* surtout au voisinage de l'obstacle.

En somme, l'anesthésie locale de l'œsophage est une *méthode facile* à pratiquer, *bien acceptée* des malades timorés, qui refusent trop souvent l'œsophagoscopie. Nous la considérons comme une méthode extrêmement pratique ; jusque-là elle ne nous a donné aucun déboire et elle nous a permis d'explorer tout particulièrement des *œsophages* avec *complications graves de sténose laryngienne*, lésion qui contre-indique souvent l'œsophagoscopie à cause du spasme.

Nous utilisons l'anesthésie locale cocaïnique œsophagienne dans deux circonstances bien distinctes :

1) *Comme préliminaire de l'œsophagoscopie.*

2) *Comme méthode facile d'exploration de l'œsophage et de refoulement* (corps étrangers).

1° Habituellement, l'on fait l'anesthésie locale œsophagienne pour l'œsophagoscopie, en divers temps : segment par segment et au fur et à mesure qu'un segment œsophagien est anesthésié, l'opérateur descend plus bas le tube.

C'est la *méthode classique*, *absolument prudente* et qui doit être appliquée à toute œsophagoscopie faite pour la première fois, sur le malade, mais quand ce *malade doit être œsophagoscopé plusieurs fois* et même un grand nombre de fois (un de nos cas a eu dix-sept séances œsophagoscopiques) la méthode d'anesthésie segmentaire est longue et inutile ; aussi nous faisons d'emblée l'anesthésie locale totale de tous les segments susjacents à l'obstacle, et introduisons ensuite l'œsophagoscope d'un seul coup jusqu'à ce niveau : la *durée de l'œsophagoscopie est ainsi très écourtée.*

2° Nous pratiquons l'*anesthésie locale œsophagienne* avec la longue *tige cocaïnée*, *chez les malades qui refusent l'œsophagoscopie.*

Nous pouvons très facilement *localiser le point douloureux*, bien mieux qu'en se rapportant aux sensations douloureuses habituelles, plus ou moins précises du malade. Nous localisons aussi *le siège de la sténose*, *sa perméabilité ou non.* Le porte-coton nous permet de dire l'*existence ou non d'une fissure ou d'une ulcération.* En cas d'ulcération, et jusque-là, nos recherches

cliniques ne nous ont pas donné de démenti, nous trouvons sur le coton, des traces très manifestes de sang, ce qui nous permet de dire d'une façon à peu près exacte le siège, le côté probable de l'ulcération. Nous jugeons inutile de rapporter ces cas, qui sont des observations banales de néoplasmes.

Ceci se voit naturellement surtout dans les néoplasmes; un diagnostic plus précis est naturellement impossible.

L'œsophagoscopie est donc sur ce point notablement supérieure à l'exploration cocaïnique, mais l'exploration cocaïnique est applicable à presque tous les malades.

Dans un cas observé avec MM. Tixier et Pinatelle, nous avons pu diagnostiquer une sténose par compression intra-thoracique, due à une généralisation maligne.

Observation XVI. — H. 46 ans.

Rien à signaler dans les antécédents ; opérée 4 fois en 2 ans, par M. Jaboulay pour un sarcome de la cuisse D; voix prise depuis quelques jours; déglutition de plus en plus difficile; douleurs interscapulaires; rien de net aux poumons; pas de toux de compression nette, abduction incomplète des cordes; dyspnée le matin au réveil; trachéoscopie indirecte non réussie; léger goitre médian; rapidement troubles respiratoires, dyspnée, toux profonde mais éteinte; déglutition de plus en plus gênée; adduction plus marquée des cordes surtout à D avec immobilité presque complète de l'aryténoïde D; trachéoscopie impossible à cause de la dyspnée; la malade la refuse d'ailleurs.

La radioscopie pratiquée par le Dr Barjon montre une ombre opaque à la partie supérieure du médiastin avec large empiétement à D sous la clavicule et fait penser à une tumeur ganglionnaire comprimant l'œsophage et la trachée, mais indépendante de l'aorte. Le cachet de bismuth reste au-dessus de l'obstacle et le franchit après déglutition de liquide.

La tige pour l'anesthésie locale de l'œsophage est arrêtée au même moment et ramène un tout petit peu de sang, puis des bougies de Bouchard fines, puis moyennes et bien vaselinées franchissent la sténose; pas de suffocation grave au cours de ces manœuvres, rapidement faites. Malheureusement la malade quitte le service et ne reparaît plus.

L'exploration œsophagoscopique de l'œsophage et tout particulièrement de la région inférieure des gouttières pharyngiennes et de l'entrée de l'œsophage, nous a permis, dans sept cas, de localiser très exactement le corps étranger, de préciser même parfois, le côté d'implantation dans la gouttière et surtout de le refouler sans douleur pour le malade, sans aucun accident, en quelques minutes.

Observation XVII. — Chambard, Destot et Sargnon, *Province médicale*, 7 septembre 1907.

Mme R..., 57 ans, goitre charnu bilatéral assez volumineux, plus

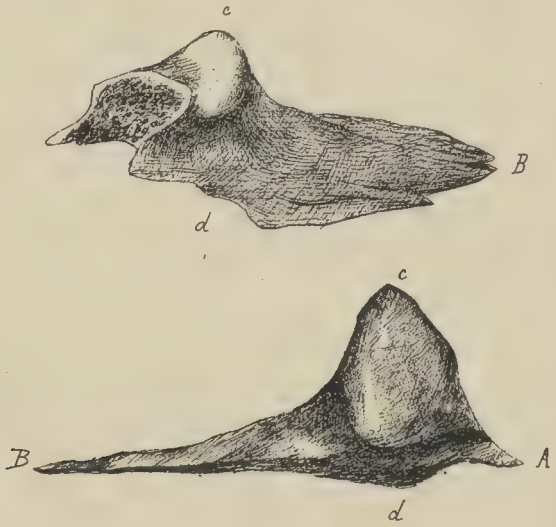


Fig. 2.
Os de veau refoulé dans l'estomac, après anesthésie cocaïnique, dimensions doubles.

gros à gauche, non suffocant; os de veau avalé depuis 48 heures et probablement fixé à droite immédiatement au niveau du goitre à la



Fig. 3.
Cliché radiographique de l'os, fait après son expulsion (Dr Destot).

naissance de l'œsophage; douleur très vive bien localisée : dysphagie; congestion thyroïdienne nette, légère; *exploration facile à la*

sonde de tout l'œsophage sans sensation de corps étranger. Radioscopie négative à cause de l'ombre donnée par le goitre. La malade est âgée, a un gros cœur avec un souffle systolique à l'orifice aortique (rétrécissement aortique compensé); congestion pulmonaire récente; traces d'albumine. Toute manœuvre un peu complexe d'extraction et nécessitant une anesthésie générale aurait pu être grave du fait du goitre et de l'état du cœur; nous essayons donc l'exploration cocaïnique de l'œsophage, qui nous montre l'intégrité de la gouttière latérale gauche et de l'œsophage; à l'exploration de la gouttière droite, sensation nette de corps étranger *très latéralement fixé* au bas de la gouttière vers le goitre; anesthésie minutieuse à ce niveau et refoulement facile dans l'estomac; le corps étranger reste un instant au cardia; l'ingestion d'huile d'olives le fait descendre; la radioscopie immédiate ne le découvre ni dans l'œsophage, ni dans l'estomac; 12 heures après, expulsion douloureuse par l'anus; il s'agit d'un débris osseux de vertèbre, très pointu aux deux extrémités, long de 28 millimètres, large de 12 millimètres; douleurs vives, cervicales les quatre premiers jours à droite, car la muqueuse a certainement été lésée par le corps étranger; menaces de thyroïdite, la congestion thyroïdienne cesse bientôt, guérison complète.

Observation XVIII. — *Os de poulet au bas de la gouttière pharyngée G à la limite de l'œsophage*, par Drey et Sargnon.

Mlle V., 68 ans; aileron de poulet avalé depuis 48 heures; douleur à G; les solides ne passent plus; la tige cocaïnique est arrêtée à G, à l'origine de l'œsophage; après plusieurs essais de désenclavement, descente du corps étranger jusque dans l'estomac; la tige descend facilement; alimentation immédiate; l'œsophagoscopie faite de suite après comme contrôle montre à G un point noirâtre (caillot), mais pas de corps étranger; guérison rapide; disparition des douleurs au bout de 8 jours; elle s'est purgée après l'expulsion du corps étranger et, dans la première selle, elle a trouvé un assez gros débris cartilagineux ramolli.

Observation XIX. — *Sténose œsophagienne probablement néoplasique; fragment de viande enclavé dans la sténose; refoulement cocaïnique*, par Pellanda et Sargnon.

Adulte, 60 ans; sténose progressive œsophagienne depuis un mois; depuis 2 heures, obstruction brusque par un morceau de bifteack dur; déglutition impossible, même des liquides; anesthésie pharyngée inférieure cocaïnique, effort dyspnéique; arrêt de la tige médio-thoracique, qui ramène *un peu de sang*; déglutition immédiate des liquides et du pain; guérison de cet accident; mais le malade refuse dans la suite toute nouvelle exploration de sa sténose.

Observation XX. — *Sténose brusque médio-thoracique par grosse arête; refoulement anesthésique en deux séances; guérison.*

Jeune fille, 20 ans; a avalé une très grosse arête dorsale; les liquides seuls passent; vives douleurs médio-thoraciques; arrêt de la tige anesthésique à 29 cm. des arcades dentaires supérieures; mal-

gré plusieurs tentatives, refoulement impossible; le lendemain, nouvelle tentative qui réussit du premier coup; guérison sans incidents; corps étranger non retrouvé.

Observation XXI. — *Os dans la gouttière D vers l'œsophage*; *refoulement anesthésique*, par Vallas et Sargnon.

Homme âgé, envoyé dans le service de M. Vallas pour dysphagie (os arrêté depuis plusieurs jours); l'exploration faite par M. Vallas avec des sondes montre un passage perméable, mais pas de sensation de corps étranger; radioscopie négative; la dyspnée pour les solides continue; l'exploration anesthésique systématique des deux gouttières montre que la gouttière G est libre; au bas de la gouttière D, la tige est arrêtée; c'est là le point douloureux; on maintient quelques secondes la tige et le corps étranger descend très facilement; déglutition facile immédiate; le malade quitte l'hôpital et ne reparaît pas.

Observation XXII. — *Arête thoracique supérieure*; *refoulement cocaïnique: guérison*, par Tixier et Sargnon.

Jeune femme a avalé une grosse arête depuis 24 heures; les liquides seuls passent; l'exploration anesthésique montre un arrêt complet à la partie supérieure du thorax; refoulement immédiat très facile en quelques secondes sans douleurs; déglutition immédiate facile; la malade guérie quitte l'hôpital le lendemain.

Nous avons donc eu à traiter ainsi *trois cas de débris osseux*, *un fragment de viande et trois grosses arêtes*.

La méthodes dans tous ces cas a parfaitement réussi dans une seule séance de quelques minutes. *Dans un cas d'arête*, il a fallu *deux séances* de quelques minutes.

L'anesthésie locale cocaïnique, dans les ulcérations et les sténoses néoplasiques, ne nous a donné que des améliorations excessivement passagères sans importance. En pareil cas, nous la conseillons, si l'œsophagoscopie est impossible ou refusée, *comme méthode de diagnostic simplement*.

Par contre, *l'anesthésie totale de l'œsophage* rend des services immenses dans *les cas de spasme avec ou sans ulcération*.

Certaines ulcérations pourront ainsi être facilement traitées, après l'œsophagoscopie par badigeonnage, comme on badigeonne un larynx ou un nez, ce n'est certes pas plus difficile, mais nous n'avons pas encore eu l'occasion de trouver récemment des ulcérations non malignes, mais graves au point de vue symptomatique, nécessitant un pareil traitement.

Par contre, dans les *spasmes vrais*, non cancéreux, nous avons obtenu des *résultats absolument remarquables*.

Ainsi, dans un cas de *spasme en virole* incomplet, chez un malade nerveux atteint de bronchite chronique, nous avons très rapidement guéri, sans récidive grave, les troubles fonctionnels.

Ce spasme cervical inférieur avait été vérifié œsophagoscopiquement (observation IX, page 37).

Dans un autre cas, non œsophagoscopé, d'ailleurs, il s'agissait d'un malade atteint de sténose chronique incomplète du cardia avec cathétérisme très pénible, parfois impossible. Ce malade, qui n'acceptait pas d'emblée l'œsophagoscopie, fit une poussée de cardiospasme telle, que depuis huit jours plus rien ne passait. Le lendemain on devait pratiquer l'œsophagoscopie et en cas d'insuccès la gastrostomie le surlendemain. Heureusement l'anesthésie locale cocaïnique faite jusqu'au cardia permit de passer une sonde, d'alimenter le malade pendant plusieurs jours, si bien que quelques mois après, il avait pris 11 kg. L'état général est actuellement très bon, le malade se passe la sonde depuis plusieurs mois sans anesthésie.

Nous avons essayé, chez un malade de M. Durand, de faire la *gastroscopie supérieure* à la façon de Jackson chez la même malade, en deux fois sous anesthésie locale, puis sous anesthésie générale ; nous n'avons pu passer, par suite du *spasme intense du cardia.*

Nous n'avons malheureusement pas eu l'occasion de faire de la gastroscopie vraie, bien que nous ayons examiné des cardias dans des néoplasmes, sans aller plus loin.

Nous avons utilisé, non seulement l'*œsophagoscopie* par voie supérieure mais aussi par la *voie gastrique,* c'est l'*œsophagoscopie rétrograde*, employée à plusieurs reprises chez un de nos malades ; elle est utile, même indispensable, chez les gastrostomisés porteurs d'une sténose cicatricielle serrée de l'œsophage.

L'œsophagoscopie supérieure permet l'exploration supérieure et la voie stomacale celle des segments inférieurs.

Nous utilisons comme *instrument des tubes* de 7 et 9 mm., munis d'un *mandrin métallique* et long de 25 à 30 cm. environ ; il faut avoir plusieurs numéros, car la sténose inférieure est parfois très serrée. La recherche du cardia est assez facile, en tâtonnant un peu à partir de la ligne médiane ; d'ailleurs nous pratiquons toujours la gastroscopie inférieure pour voir si possible le cardia et le distinguer des nombreux replis de l'estomac.

Quand on a bien *repéré la position exacte* du cardia chez son malade, la gastroscopie inférieure préalable devient inutile et l'*introduction* immédiate de l'instrument est une manœuvre de la plus grande *facilité* ; il faut autant que possible faire cette manœuvre à jeun. La *trompe à eau* est absolument *indispensable* pour faire, soit l'aspiration temporaire *très fréquemment*, soit, mieux encore, une *aspiration permanente.*

L'œsophagoscope, à cause de la profondeur du segment inférieur de l'œsophage, n'est plus parallèle à ce segment, mais appliqué sur la paroi postérieure et par conséquent sur l'aorte qui le soulève. L'exploration des culs-de-sac, surtout du cul-de-sac antérieur est donc notablement plus difficile ; la *recherche de l'orifice est fort difficile* ; dans un cas nous n'avons pu le trouver qu'en faisant avaler au malade un *liquide coloré*. On peut ainsi, en même temps, se rendre compte du temps que met le liquide pour aboutir à l'estomac. Naturellement, à cause de l'aorte, nous ne conseillons pas de pratiquer l'œsophagotomie interne œsophagoscopique par voie rétrograde ; à plusieurs reprises nous avons été tenté de la faire, mais les battements aortiques étaient tellement intenses que nous n'avons osé au dernier moment.

Nous n'avons pas encore eu l'occasion de pratiquer l'œsophagoscopie par voie d'œsophagotomie ou d'œsophagostomie cervicale. Pourtant il y a des cas de corps étrangers, extrêmement difficiles à enlever, qui sont certainement justifiables d'une pareille intervention.

Sans sortir de l'examen direct des voies digestives, rappelons très rapidement que la *rectoscopie*, même pour le laryngologiste, est d'application très facile ; en plusieurs circonstances elle nous a permis des diagnostics très précis, des biopsies, des cathétérismes directs d'ulcérations rectales et sigmoïdiennes [1].

Nous utilisons un gros rectoscope de 25 mm. de large, avec mandrin métallique et aussi des rectoscopes plus petits.

Dans un cas de sténose cancéreuse, très serrée, examiné avec M. Durand, nous n'avons pu franchir l'obstacle.

La rectoscopie, en permettant souvent le diagnostic précis de la limite supérieure de la tumeur, facilite singulièrement la tâche du chirurgien.

Sans être du domaine de la spécialité, dans bien des localités, c'est au laryngologiste qu'on demandera de la pratiquer, à cause de son outillage et de son habitude plus grande de la méthode endoscopique.

C. Endoscopie en dehors des voies aériennes et digestives.

Nous avons utilisé aussi l'endoscopie directe pour explorer l'*urètre* de l'homme chez les rétrécis (2 cas avec le prof. Poncet) et l'*endoscopie urétro-vésicale* comme méthode de diagnostic et de cathétérisme des uretères chez la femme à la façon de Luys.

1. Voir l'addendum.

Nous n'insisterons pas sur ces données, car elles sont en dehors de la spécialité, mais le laryngologiste peut faire usage de l'endoscopie directe pour explorer certains trajets fistuleux.

L'*encéphaloscopie* existe déjà. Signalons, dans cet ordre d'idées, l'*endoscopie pleurale directe*, qui à notre connaissance n'a pas été faite. MM. Rochet et Durand (Société Sc. méd. de Lyon, 22 janvier 1908) ont pratiqué l'endoscopie pleurale indirecte avec un cystoscope à prisme et constaté nettement l'existence de la *fistule pleuro-pulmonaire*. Nous estimons que l'endoscopie pleurale directe pourrait non seulement permettre de reconnaître *l'état de la plèvre*, du poumon à sa superficie, la présence ou non des plaques purulentes amenant la rétention, mais aussi *les corps étrangers*, cause de suppuration permanente. On a retiré parfois des drains, égarés dans la plèvre, et même dans deux cas, signalés par le prof. Egidi (1906) on a trouvé dans la cavité pleurale un tube à intubation, qui tombé dans la bronche s'était créé un trajet artificiel jusque dans la plèvre [1].

Pour *certaines fistules*, causées par des corps étrangers, des balles, par exemple, l'endoscopie directe rendra, toujours avec l'aide des Rayons X bien entendu, des services manifestes, comme diagnostic et comme extraction facile.

A la Société des Sciences médicales (22 janvier 1908), nous avons fait une communication d'ordre général sur l'endoscopie directe et mentionné ses applications pratiques. Nous avions signalé une grande partie de ces cas, nous n'avions même pas eu l'idée qu'elle fût possible pour le *sinus maxillaire*; or, ces jours-ci, nous avons eu l'occasion d'extraire par *fistule dentaire* un drain de caoutchouc de 3 cm. tombé dans le sinus maxillaire depuis quatorze mois. Nous avons utilisé dans ce cas un spéculum à oreille de moyen volume ; nous avons constaté le corps étranger grisâtre, enclavé dans la muqueuse, l'avons désinséré sous cocaïne et enlevé en moins de deux minutes. La radioscopie jusque-là avait été négative, la cure radicale avait été proposée à Paris et l'exploration diamétique du sinus maxillaire au stylet essayée sans succès; rappelons que tout récemment Hélot, de Rouen, *Annales des mal. de l'oreille*, 1908, préconise fortement ce procédé de l'exploration au stylet.

Voici donc un horizon nouveau ou tout au moins que nous croyons nouveau; que peut nous donner l'endoscopie directe pour le sinus maxillaire? Pour les corps étrangers c'est très net; pourrons-nous guérir ainsi certaines sinusites, les curetter,

1. Voir l'addendum.

enlever les séquestres, sans avoir recours à la cure radicale? L'avenir nous le dira, mais nous croyons la chose possible. L'endoscopie directe du sinus maxillaire après ouverture large après le procédé de Luc et même après l'ouverture seule, mais large du méat inférieur tend à devenir d'application courante avec le spéculum de Killian ou l'autoscope de Hirschmann (Meyer, Soc. de lar. de Berlin, 22 mars 1907).

Pour résumer cet exposé des méthodes et des résultats pratiques de l'*endoscopie directe*, nous concluons que cette méthode rationnelle d'application plus ou moins facile, suivant l'organe à explorer, acquiert une importance de plus en plus grande pour le *diagnostic*, pour les *données visuelles* et la possibilité dans beaucoup de cas d'une *biopsie* ; elle permet en même temps l'*ablation thérapeutique de certaines tumeurs bénignes*, des *corps étrangers*, l'*incision* et la *dilatation à la vue des cicatrices*. Elle a donné déjà beaucoup de résultats pratiques pour l'œsophage, le larynx, la trachée et les bronches où son emploi devient presque courant. Les autres conduits naturels commencent à en bénéficier dans une large mesure. Son champ d'action, *qui est en grande partie sous la dépendance* du laryngologiste, ne fait que s'agrandir.

ADDENDUM

Depuis notre rapport au Congrès, nous avons eu l'occasion d'observer plusieurs cas d'endoscopie directe intéressants ; les voici résumés en quelques lignes.

1° Nous avons examiné par la pleuroscopie deux cas de pleurésie purulente rebelle chez l'enfant.

Enfant de 4 ans. — M. Chatin et Vignard.

a) Poussées successives de pleurésie purulente ; la radioscopie et la radiographie donnent une ombre à la partie verticale inférieure, comme s'il s'agissait d'un drain égaré dans la plaie ; pleuroscopie impossible par la fistule très petite ; de plus une ossification en pont des deux côtes à ce niveau empêche le passage d'un petit tube ; résection costale ; examen facile de toute la cavité pleurale directement au Clar et aussi avec de gros tubes courts ; pas de corps étrangers, mais une fistule pleuro-pulmonaire très petite n'apparaissant que quand la fistule est recouverte de sang, ce qui met en évidence les bulles d'air.

b) *Corps étranger ancien intra pulmonaire ; gangrène pleuro-pulmonaire ; mort de complication pulmonaire bilatérale*, par MM. Vignard et Sargnon.

Enfant, 6 ans. Rien à signaler dans les antécédents, sauf la coque-

luche à 3 ans. L'enfant entre avec des quintes de toux nettement coqueluchoïdes et des crachats purulents fétides. Matité complète du poumon gauche avec obscurité respiratoire très marquée dans les trois quarts inférieurs, pluie de râles fins métalliques au sommet. Matité dans toute la hauteur en avant. A droite, rien d'anormal. Température à grandes oscillations entre 38 et 40°. Six mois auparavant, la malade aurait avalé un crayon d'ardoise avec un porte-crayon d'une longueur totale de 3 centimètres. Le crayon est craché 36 heures après dans une quinte de toux, le porte-crayon n'a pas reparu malgré l'examen minutieux des selles.

9 juillet. Pleurotomie d'urgence avec résection costale. Très peu de pus *fétide*.

19 juillet. Ablation du drain et pansement à la gaze. La radioscopie et la radiographie n'ont pas montré de corps étranger.

23 juillet. Exploration du foyer de gangrène, car une nouvelle radiographie montre le corps étranger à gauche près de la colonne entre la septième et la huitième côte. On ne le sent pas. L'examen du foyer pleuro-pulmonaire avec le miroir de Clar et de gros tubes endoscopiques courts montre très nettement un large foyer de gangrène ouvert dans la plèvre avec trois fistules aériennes. Le foyer est en voie de cicatrisation. Pas de corps étranger visible. Exploration digitale et au stylet négatives. Le tissu pulmonaire très friable est dilacéré au doigt sans aucune anesthésie et sans douleur. Pas de corps étranger senti ; hémorragie assez abondante en nappe, immédiatement arrêtée par un tamponnement à la gaze. Comme l'état général du malade est mauvais (râle dans les deux poumons, température élevée), on en reste là ne voulant tenter une trachéoscopie ni supérieure, ni inférieure dont le résultat aurait été d'ailleurs très problématique étant donné la situation du corps étranger enkysté très bas et à gauche.

27 juillet. L'état général et pulmonaire a empiré et n'a permis aucune nouvelle recherche. Les parents emmènent la malade qui meurt en route.

Ce fait démontre la gravité des corps étrangers chroniquement enkystés dans le poumon et la nécessité d'une intervention très précoce. Dans le cas particulier nous n'avons pas osé intervenir longuement pour ne pas avoir une mort opératoire.

2° Nous avons eu l'occasion avec M. le Dr Chatin de rectoscoper un petit malade atteint de mégacolon (maladie de Hirschprung) et de constater très nettement des spasmes à 10 et à 20 cm., spasmes provoqués par des matières stercorales dures ; nous n'avons pu pénétrer dans la portion dilatée.

3° Avec M. Prothon (de Montélimar) et M. Thevenot, nous avons observé un cas curieux de corps étranger de l'œsophage.

Jeune femme malade cérébralement, qui avait avalé depuis huit jours une croix de Saint-André à bords minces assez coupants ayant

22 millimètres de diamètre ; le Dr Prothon fait la radioscopie qui montre le corps étranger placé de champ dans l'œsophage au niveau de la première côte et essaye vainement de l'enlever sous anesthésie générale avec le crochet de Kirmisson.

OEsophagoscopie 8 jours après le début des accidents avec le tube n° 13 et le mandrin courbe ; anesthésie générale, introduction du premier coup du tube ; le spasme de l'œsophage, immédiatement au-dessus du corps étranger, cède à la cocaïne et on aperçoit une des extrémités de la croix placée de champ ; désenclavement très pénible à quatre reprises différentes, car la pince dérape sur la croix trop mince ; à ce moment, le corps désenclavé est avalé par la malade ; l'exploration à la tige cocaïnique montre l'œsophage libre ; la malade ultérieurement avale bien ; au quatrième jour, toux légère avec 38°5 ; la malade est très énervée ; la croix n'est pas encore rendue dix jours après l'opération, mais elle mange bien ; son état général est satisfaisant.

En somme, à part cet incident de déglutition, qui se produit parfois aussi au cours de l'œsophagotomie externe, c'est un succès complet, surtout pour un corps mince coupant, enclavé depuis huit jours par le spasme et l'inflammation de la paroi.

X

NOUVELLES CONTRIBUTIONS A LA LARYNGOTRACHÉOSTOMIE [1]

Par **Urbano MELZI** et **Amedeo CAGNOLA** (de Milan).

[Traduction par M. Menier, de Figeac.]

Il était facile de prévoir, après les premiers succès remarquables de la laryngostomie, que l'activité des oto-rhino-laryngologistes se tournerait vers cette opération. Il était d'autant plus facile de faire cette supposition que ce nouveau traitement trouve son indication précise dans les sténoses cicatricielles graves et, à plus forte raison, dans celles contre lesquelles les traitements antérieurs ont vu leurs armes s'émousser.

L'année courante vit donc se développer un véritable zèle d'applications laryngo-trachéostomiques. La dernière statistique de nos confrères Sargnon et Barlatier (mars 1908) porte à trente-sept le nombre des laryngostomies exécutées jusqu'à ce jour. Mais ce nombre s'est quelque peu accru au cours de ces derniers mois.

Si nous jetons un coup d'œil sur le programme de notre réunion, nous voyons nettement l'intérêt qu'éveille aussi la nouvelle opération chez les confrères de notre pays. A côté des noms de ceux qui furent les premiers à l'appliquer, nous trouvons ceux de maîtres illustres, tels que Ferreri et Gradenigo.

De notre côté, encouragés par le succès obtenu dans les deux cas dont nous avons rendu compte au Congrès de Rome et convaincus de la valeur de l'opération, nous avons continué avec confiance à y avoir recours dans les cas que l'exercice de notre profession nous a fait observer.

Nous sommes donc heureux de pouvoir aujourd'hui rapporter à nos confrères l'histoire de trois nouveaux malades, atteints de sténose cicatricielle chronique grave, chez lesquels la laryngostomie est parvenue à rétablir la respiration buccale, alors que tous les autres moyens, employés avec persistance et opiniâtreté étaient venus se briser contre d'insurmontables difficultés. Voici, brièvement rapportées, les observations cliniques de nos trois malades ; les deux premiers furent présentés déjà à la Société de médecine et de biologie de Milan, tandis que le troisième était encore inédit.

Observation I. — Angelo Maggioncalda, 11 ans, écolier, domicilié à Milan, fut atteint de diphtérie en janvier 1901 ; on le transporta à l'hôpital des Contagieux et on pratiqua le tubage ; il garda le tube

1. Communication à la XII[e] Réunion de la Société italienne de laryngologie. Octobre 1908.

pendant 35 jours ; le tube était facilement expulsé dans les quintes de toux ; dans une de ces circonstances, à cause de l'apparition d'une asphyxie grave, on dut soumettre le sujet à la trachéotomie qui fut pratiquée dans les premiers jours de mars 1901.

Au bout de 4 ou 5 jours après l'acte opératoire, le jeune malade fut transféré dans une salle de chirurgie de l'*Ospedale Maggiore*, pour qu'on pût le mettre en état de respirer sans canule ; mais, les traitements suivis furent sans effet ; au bout de quelques minutes après l'ablation de la canule, la crise de suffocation commençait.

Renvoyé de l'*Ospedale Maggiore*, il y revint par la suite à plusieurs reprises, en proie à de graves accès de suffocation ; en dernier lieu, on le transporta à la Policlinique laryngologique d'où, après échec des tentatives de dilatation, il passa au *Pio Istituto Ototerapico* pour y subir là laryngostomie.

Cette intervention fut pratiquée le 2 novembre 1907. Après avoir traversé le lobe thyroïdien moyen, assez fortement développé, nous arrivâmes sur le squelette du larynx qui fut sectionné sur toute sa longueur, à partir de l'ouverture trachéale. Nous ne trouvâmes pas de cloisonnement dans la lumière du larynx, ni aucune cicatrice déformante et sténosante. Par contre, l'intérieur du larynx apparut comme étant d'une excessive petitesse, comme réduit à un tuyau de très grêles proportions ; le squelette cartilagineux était flasque, mou, comparable à un tube fibro-élastique ; l'absence de consistance des parois, la petitesse du diamètre de l'intérieur du larynx donnaient à cet organe un aspect atrophique, infantile.

Il est donc vraisemblable d'admettre que l'inactivité prolongée de l'organe à une période de métamorphose organique comme celle qui est comprise entre 4 et 11 ans a occasionné une hypotrophie du larynx.

Si nous voulons définir ce type de sténose, nous lui donnerons le nom de *sténose tubulaire flasque*.

L'opération fut terminée par l'excision de portions de tissus dans les points les plus rétrécis et par le tamponnement habituel.

La marche opératoire fut très bénigne et sans fièvre ; cependant, au début et mieux encore dans la suite, le cas nous parut de difficile réussite. La cicatrisation se faisait rapidement, mais le résultat de la dilatation était en grande partie annihilé par le peu de résistance des parois (qui, une fois le tampon enlevé, tendaient à se rapprocher) et par l'excessive petitesse des parties cartilagineuses constituant le larynx. Alors que le traitement était déjà en bonne voie et qu'il s'était déjà formé une gouttière assez large à la partie inférieure du larynx, nous nous aperçûmes qu'aussi au niveau des cordes vocales, les diamètres du larynx étaient insuffisants pour une respiration régulière.

Pour ce motif, nous nous résolûmes à une seconde intervention qui fut faite le 14 décembre 1907. Nous prolongeâmes l'incision primitive sur la ligne médiane du cou jusqu'à mise à nu du vestibule laryngien ; les cordes vocales se montrèrent petites, très courtes, à tel point qu'on jugea bon de les enlever, laissant aux bandes ventricu-

laires l'office de la phonation ; ces dernières étaient bien développées et aptes à former par leur rapprochement un diaphragme parfait entre les régions sus- et sous-glottiques ; de même aussi nous enlevâmes des parties cartilagineuses saillantes dans le but d'augmenter les diamètres transverses dans la période ultérieure de la dilatation.

Pour la première fois, en formant le tampon, nous eûmes l'idée d'en augmenter la consistance en lui donnant un noyau central solide ; depuis cette époque, nous n'avons pas abandonné cette méthode que nous jugeons excellente. Nous avons, prêts d'avance, un certain nombre de tubes cylindriques en bois, de diamètres différents et de différentes longueurs, et après avoir choisi celui qui convient le mieux au cas, nous l'entourons de gaze iodoformée ; en dernier lieu, nous serrons avec quelques tours d'un fil solide auquel nous laissons un chef suffisamment long pour la fixation convenable autour de la canule trachéale ; le premier tour du fil est appliqué et noué à une extrémité du tampon, de telle façon que, comprenant seulement l'enveloppe de gaze, celle-ci forme une extrémité pointue et cupuliforme ; avec cette forme, la tampon passe facilement dans la gouttière ouverte du larynx.

Après cette seconde intervention, la marche post-opératoire fut également apyrétique et sans complications. Si on a quelque chose à noter, c'est simplement le fait que l'enfant, au bout d'environ 4 mois que nous le traitions, avait augmenté de 8 kilogs.

Dans les premiers jours de mars 1908, après avoir laissé le garçonnet pendant quelques jours sans tamponnement, nous crûmes le moment venu d'exécuter l'autoplastie qui fut faite suivant les règles habituelles, le 11 mars.

L'occlusion se fit en partie par première, en partie par seconde intention : voici déjà trois mois que notre malade a repris la respiration par les voies naturelles. Pendant cette période, il s'est souvent livré aux jeux de son âge, course, gymnastique, etc., et aucun incident désagréable n'est venu déranger sa respiration qui cependant conserve un timbre quelque peu rude, de même que rude aussi est la phonation.

Observation II. — Ce cas se différencie du précédent par la grande facilité avec laquelle nous pûmes arriver au résultat, facilité qui tout en mettant en merveilleuse lumière le traitement lui-même offre un frappant contraste avec la longue série de tortures infligées en vain auparavant à la pauvre malade. Il s'agit d'une fillette de 5 ans 1/2, Annetta Bonati, fille de blanchisseurs. L'histoire de sa maladie semble dans sa première partie la répétition de celle du malade précédent. Croup à l'âge de 2 ans, tubage d'abord ; trachéotomie ensuite ; au bout de 40 jours de séjour à l'hôpital des Contagieux, on la renvoie sans canule ; prompte entrée à l'*Ospedale Mag-*

giore où on comprit la nécessité de la réapplication de la canule; elle subit inutilement divers traitements jusqu'au jour où, passée dans le service des chroniques, elle commença à fréquenter la Policlinique laryngologique où l'on diagnostiqua une sténose laryngée cicatricielle et où l'on essaya de s'en rendre maître par le tubage. Mais, tous les efforts furent vains à cause de l'indocilité de la petite malade; nous nous convainquîmes alors de la nécessité d'une intervention chirurgicale par voie externe. L'enfant se trouvant dans le service de chirurgie dirigé par Crosti, l'opération fut faite par ce dernier le 27 mai 1907.

Nous copions dans l'observation ce qui se rapporte à l'intervention : « Anesthésie chloroformique ; on ouvre le larynx qui, en quelques points, est un peu épaissi par du tissu cicatriciel dur et irrégulier. On arrive avec une sonde uréthrale à rétrograder dans la cavité buccale ; de là, en suivant la direction de la canule à trachéotomie laissée en place pendant toute l'opération, on divise tout le pont cicatriciel jusqu'à arriver à rejoindre la partie libre de la trachée; on laisse un gros fil de soie laryngo-buccal et on tamponne ensuite à la gaze stérilisée la partie divisée du larynx et de la trachée.

« Le 5 juin, on procède au second temps de l'opération en transportant en haut la canule trachéale et en fermant au fil d'argent le larynx et la première portion de la trachée. »

Dans la suite, l'enfant eut des nuits agitées, des élévations de température jusqu'à 39°, des crises d'asphyxie et la conclusion fut qu'on dut replacer la canule à l'endroit primitif et le chirurgien sus-nommé renonça à toute tentative ultérieure de traitement.

Dans ces conditions, l'enfant fut admise le 4 mars 1908 au *Pio Istituto Ototerapico* pour être soumise à la laryngostomie. L'opération fut exécutée le surlendemain en présence des Drs Bonfanti, Lotteri et Staurenghi. La malade était une vieille connaissance, mais nous ne reconnaissions plus le champ opératoire profondément défiguré à droite et à gauche de la ligne médiane du cou par les conséquences cicatricielles de l'opération dont nous venons de parler.

La laryngostomie fut faite de façon à mettre bien à nu même le vestibule du larynx ; la nature cicatricielle de la sténose fut alors bien évidente.

L'altération, au lieu d'intéresser la totalité de la lumière du larynx était limitée à sa portion médiane et se présentait sous forme d'un épais diaphragme fibro-cartilagineux ; nous en pratiquâmes l'ablation avec le conchotome de Hartmann qui est l'instrument idéal pour cette opération, puis nous appliquâmes le tamponnement ordinaire.

Nous augurâmes pour cette malade une guérison complète et rapide et la marche très régulière ne trompa pas notre espérance. Au bout d'un mois et demi seulement après l'intervention, la fillette était en état de pouvoir subir avec succès l'autoplastie. Celle-ci fut quelque peu retardée, dans le seul but d'avoir l'occasion de présenter la malade, avec nos trois premiers sujets opérés et guéris par laryngostomie, à la séance dont nous avons parlé, de la Société milanaise

de biologie. Après quoi le traitement fut achevé. L'enfant respire très bien, parle avec une voix rude et est en parfait état de santé.

Observation III. — Elisa Dedini, 6 ans 1/2, fut atteinte de rougeole le 1er janvier 1905 et presque en même temps de diphtérie croupale. Le Dr Bellinato la soumit à des tubages (environ 50 fois dans l'espace d'un mois). Aux premiers jours de février 1905, on la conduisit à l'hôpital des contagieux, car, suivant la mère, de nouvelles membranes diphtériques étaient apparues. Pendant la première période de séjour dans cet établissement hospitalier, elle eut une broncho-pneumonie et une forme légère de néphrite.

On continua les tubages, qui souvent étaient d'urgente nécessité, au point d'obliger un des assistants à coucher à côté de la malade. Cet état de choses se prolongeant, deux mois après l'entrée à l'hôpital de Dergano, la fillette fut trachéotomisée. Plus tard, l'état du calibre du larynx semblant s'améliorer, on laissa se cicatriser peu à peu la fistule trachéale et on reprit les tubages. Mais, cela sans plus de succès qu'avant; car, à la plus petite quinte de toux, le tube était expulsé et il fallait retuber en toute hâte au milieu de scènes parfois dramatiques et émotionnantes, tellement que l'enfant fut souvent sur le point de mourir. Ce fut alors que, au dire de la mère, le prof. Polverini imagina et appliqua pour la première fois sa méthode de fixation du tube laryngien[1]. Mais, cette précaution ne remplit pas le but; on décida donc de réappliquer la canule trachéale. L'opérateur déclara avoir trouvé en incisant une trachée très molle. Peu de temps après, l'enfant fut reportée chez elle en état d'émaciation. Au bout d'une année après suspension des tentatives de dilatation, les parents crurent le moment venu de faire reprendre le traitement et menèrent l'enfant chez un spécialiste de notre ville qui n'eut pas le talent de les persuader. Une année encore se passa et l'enfant nous fut alors conduite.

Admise au *Pio Istituto Ototerapico* le 15 juin 1908, on l'opéra le lendemain par laryngo-trachéostomie, avec l'assistance des Drs Roncoroni et Bonfanti. L'ouverture médiane de la trachée fut laborieuse à cause de l'absence absolue de lumière laryngée. A la place de celle-ci existait un tissu cicatriciel dense qu'on dut exciser à l'aide des ciseaux et des pinces. L'obstruction était étendue à toute la région sous-glottique jusqu'au niveau de l'ouverture trachéale. Une fois terminée l'excision du tissu de cicatrice, on pratiqua dans le sens longitudinal plusieurs incisions et dans la gouttière ainsi creusée, on appliqua *more solito* le tamponnement spécial.

Pas d'élévation fébrile dans tout le décours post-opératoire. L'enfant quitta le lit le second jour.

Pendant la nuit du neuvième au dixième jour, la mère de la petite fille, en nettoyant avec une plume de poule la canule trachéale eut la désagréable surprise de constater qu'une partie de la plume (1/3 environ) était demeurée dans la trachée. Sur l'instant, l'enfant

1. Polverini et Isonni. Contribution à la pratique du tubage; fixation du tube. *La pratica oto-rino-laringoiatrica*, décembre 1907.

eut quelques difficultés de respiration, quelques violentes quintes de toux, puis elle se calma. Averti de ce malheureux accident et s'étant rendu au chevet de la malade. Un de nous essaya en vain, en provoquant des quintes réitérées de toux, de faire sortir des voies respiratoires le corps étranger. Le lendemain, alors que nous nous occupions du pansement, le morceau de plume fut expulsé dans un effort de toux. Cet incident n'eut aucune conséquence pour notre patiente.

Les pansements continuèrent régulièrement. Il y eut exubérance de granulations, et à plusieurs reprises, on dut débarrasser le champ opératoire. Au bout de 45 jours, l'enfant fut en mesure de respirer par les voies naturelles en faisant s'accoler exactement les bords de la fissure laryngo-trachéostomique. Malgré que le processus d'épithélisation fût désormais presque complet, apparurent dans la région sous-glottique, juste au-dessous des cordes, quelques végétations que dissimulait l'étroitesse de la brèche externe. Aux premiers jours de septembre, on élargit cette brèche et on enleva les végétations. Pendant cette séance opératoire, nous eûmes une très chaude alarme. L'enfant, supportant mal les effets du chloroforme, eut une période d'apnée qui cessa par la respiration artificielle, les titillations de la muqueuse trachéale et des injections excitantes. Nous sommes arrivés à l'étape ultime du traitement. L'enfant respire sans canule.

Lorsque nous reviendrons de cette réunion, nous procéderons à l'autoplastie. En attendant, nos confrères pourront juger de l'ampleur obtenue par cette lumière laryngée de nouvelle formation, en observant le tampon que nous leur présentons ; c'est celui qui a servi aux derniers tamponnements. Ils pourront se convaincre que ses diamètres sont quelque peu supérieurs à ceux du larynx d'une enfant qui n'a pas encore 7 ans.

Les trois observations rapportées ci-dessus renferment quelques enseignements qu'il est utile de faire ressortir.

Elles confirment, tout d'abord, l'opinion que dans notre premier travail sur la laryngostomie, nous avions formulée sur la portée de ce nouveau traitement. La guérison obtenue dans le premier et le troisième des cas que nous avons relatés (qui sont incontestablement les plus difficiles de ceux qu'il nous fût donné d'observer) est un éloge très significatif du traitement que nous sommes en train d'exposer. Les plus tièdes eux-mêmes devront se persuader que la laryngostomie est une méthode rationnelle de traitement et, en même temps, une arme puissante avec laquelle nous pouvons lutter pour guérir les plus graves sténoses laryngo-trachéales, celles qui, il n'y a pas longtemps encore, étaient regardées comme au-dessus des ressources de notre art.

Tous ceux qui ont fait l'application de l'opération sont d'accord sur sa valeur pratique.

Là où l'accord n'existe pas, c'est sur la technique du nouveau

traitement. L'école lyonnaise (Rabot, Sargnon, Barlatier, Garel, Vignard, Delsaux), fidèle à la méthode de Killian, persiste à adopter la dilatation au moyen de tubes de caoutchouc, attribuant à cette matière des qualités thérapeutiques que nous regardons comme tout à fait imaginaires. L'école bolonaise (Ruggi, Canepele) fabrique, comme on le sait, le tampon avec de la gaze ou du coton, revêtus de gutta-percha laminée. Nous avons l'impression que ce tampon a trop peu de consistance, et est par suite insuffisant pour vaincre certaines sténoses. Il est certain que cela ne peut qu'occasionner une durée excessive de la période du traitement. Le prof. Ferreri, d'après ce qu'il nous a appris en ces circonstances, adopte, au contraire, le coton comprimé, spécialité d'Antolini, pharmacien à Rome. Ce coton a la propriété de se gonfler sous l'action des liquides. Il s'ensuit qu'introduit à sec dans la lumière du larynx et s'imbibant ultérieurement des liquides de sécrétion, d'excrétion de la région, il exerce, par l'augmentation de son volume, une pression douce et constante sur les parois de la cavité et en favorise la dilatation. Le prof. Ferreri recommande vivement sa méthode. De notre côté, nous avons fait subir à la confection du tampon primitif à la gaze iodoformée simple diverses modifications que nous décrirons plus loin.

Mais, puisque, quelle que soit la matière adoptée pour arriver à la dilatation et quelque variée que soit la modalité de l'emploi, le résultat final a été bon avec tous les matériaux, ce fait nous convainc que l'excellence de la méthode laryngostomique prime tout. Raison de plus pour nous flatter que notre optimisme n'ait pas été un optimisme de hasard.

Toutefois, les difficultés ne manquent pas, et il est bon, pour les vaincre, de se souvenir de quelques règles pratiques.

Avant tout, quel que soit le stade du traitement, on ne doit jamais perdre de vue la domination, le contrôle du champ opératoire. Dans les premiers temps et chez quelques sujets (surtout chez les enfants où les diamètres du larynx sont petits et où l'activité formatrice est rapide), il arrivera souvent de voir le champ opératoire envahi par un luxuriant tissu de granulation ; il faudra exciser et cautériser. Peu à peu, le long des environs, l'élément épithélial se créera une route, diminuera la surface cruentée et arrêtera le développement exubérant des granulations.

En faisant le tamponnement, il faudra avoir soin de ne point laisser dans la cavité du larynx aucun espace mort, surtout au niveau de la jonction du tampon avec la canule trachéale ; c'est là le point sur lequel, en finissant, viennent se rassembler les plus grandes difficultés de la dilatation.

On n'oubliera pas que le traitement laryngostomique, tout en ayant une norme directrice précise, est fait de précautions et de mesures variables avec chaque cas; ces mesures réclament un soin assidu et vigilant de la part de celui qui dirige le traitement et un certain éclectisme pour imaginer les précautions, les mesures les plus adaptées au cas qu'on a sous la main. Tant que dure la phase de dilatation, le tamponnement sera fait de façon à ce que l'extrémité supérieure du tampon dépasse la glotte et entre dans le vestibule. Autrement, il pourrait arriver qu'on vît se reproduire une sténose élevée, alors qu'en bas on avait atteint des diamètres suffisants.

Notre technique est maintenant réduite au type suivant: 1° confection d'un tampon à « âme » centrale en bois et entourée de gaze iodoformée, tel que nous l'avons décrit dans un travail antérieur [1]. Ce tampon est ainsi cupuliforme en haut, taillé en bec de flûte et creusé en bas pour s'adapter à la convexité de la canule trachéale à laquelle on le fixe ensuite par un nœud; 2° quand l'épithélisation du champ opératoire est bien avancée et que la brèche thyro-trachéotomique s'est naturellement rétrécie, nous remplaçons le susdit tampon par un autre en bois, à surface très lisse, sans revêtement de gaze, dans le but d'en rendre facile le glissement dans la gouttière et minime la pression contre le tendre épithélium néoformé. Ce second tampon est constitué par un tube cylindrique de bois dur (myrte), creusé d'un tunnel en son centre, arrondi à son extrémité supérieure, creusé en gouttière à l'autre extrémité. Le canal central, tout en ayant pour but de rendre le tampon plus léger, sert au passage d'un double fil avec un nœud qui en arrête l'extrémité supérieure. Le tampon s'applique au moyen d'une sonde dont la pointe forme un angle droit; on en introduit la partie coudée, comme un mandrin, dans la lumière centrale. Inutile de dire que le double fil sert à nouer le tampon à la canule trachéale à laquelle le fixe davantage encore une dent d'arrêt placée à quelque distance du pavillon. Nous conseillons de lubrifier l'intérieur du larynx avec un peu de vaseline iodoformée, de manière à faciliter le glissement du dilatateur qui s'applique très bien sans l'aide de pinces à écartement. Ce tampon spécial qui fut imaginé par l'un de nous (Cagnola) pourra être aussi fabriqué en métal et en caoutchouc durci.

Tels sont les simples moyens grâce auxquels nous avons guéri nos malades.

1. Melzi et Cagnola. Sur quatre cas de sténose chronique laryngo-trachéale guéris par la laryngo-trachéostomie (tirage à part de la *Gazzetta degli Ospedali e delle cliniche*, n° 74, mars 1908).

XI

DU TRAITEMENT APPLIQUÉ A QUATRE ENFANTS ATTEINTS DE PAPILLOMES DU LARYNX ET DE LA TRACHÉE[1]

Par **VAN DEN WILDENBERG** (d'Anvers).

Les hasards de la clinique m'ont amené à donner mes soins, pendant ces deux dernières années, à quatre enfants atteints de papillomes du larynx et de la trachée. L'affection étant heureusement rare, nous avons eu affaire à une série exceptionnellement nombreuse.

La maladie est d'autant plus grave que les dimensions du larynx sont moindres ; or, dans notre série, il y a trois enfants en dessous de deux ans.

J'ajouterai que j'ai appliqué aux quatre malades les traitements les plus modernes.

Dans une communication[2] faite à la Société belge de Laryngologie le 9 juin 1907, avec présentation de malades à l'hôpital St-Pierre de Bruxelles, nous avons relaté les observations suivantes :

La littérature spéciale ne signale aucun cas de traitement des papillomes du larynx par la méthode directe de Killian chez des enfants de *deux ans et de moins*. C'est ce qui m'engage à vous relater les deux faits cliniques suivants :

Observation I. — *Papillomes chez un enfant de 17 mois.* Le 10 octobre 1906, une mère nous présente un enfant de 17 mois, atteint d'aphonie depuis trois mois et de gêne respiratoire modérée qui s'est installée progressivement.

Il a une respiration accélérée, très peu de tirage.

Les poumons sont en bon état, pas d'adénopathie. Pharynx normal. La maladie n'avait pas été reconnue dans plusieurs cliniques.

Des essais répétés de laryngoscopie échouent ; l'examen avec l'abaisse-langue spécial de Mount-Bleyer nous permet de voir à peine l'épiglotte, très peu saillante à cet âge.

Nous procédons ensuite à un examen direct au moyen du tube-spatule de Killian et de la lumière électrique de Kirstein, l'enfant en position de Rose, préalablement anesthésié par notre confrère Snacken.

Nous arrivons à charger l'épiglotte, ce qui nous permet de voir le vestibule laryngien, les cordes vocales et sur celles-ci la présence de deux tumeurs papillomateuses ; un amas à l'angle d'union des cordes vocales, un papillome isolé sur la corde vocale droite.

1. Communication à la Société de Médecine d'Anvers, novembre-décembre 1908.

2. Deux enfants en bas âge traités de papillomes du larynx par la méthode directe de Killian, par Van den Wildenberg.

Après avoir écouvillonné au moyen d'un tampon sec, nous extrayons la tumeur antérieure avec la pince-cuiller de Killian ; l'hémorragie consécutive est combattue par la compression pendant quelques minutes. Nous arrivons ensuite à saisir presque complètement la seconde tumeur. Cet enfant avait parfaitement supporté ces manipulations qui avait duré près d'une heure.

La dyspnée a complètement disparu et trois semaines après la voix est devenue claire.

Observation II. — *Papillomes du larynx chez un enfant de 18 mois.* — L'enfant *que je soumets à votre examen* est venu me consulter il y a à peine un mois et demi.

Cet enfant a 18 mois, est né de parents sains, n'a pas eu de maladies d'enfance ; il souffre depuis quelques temps de bronchite. Il est complètement aphone depuis un an.

L'enfant a un teint bleuâtre, est fortement dyspnéique et présente du tirage sus-sternal. Cette gêne respiratoire s'est accrue lentement et progressivement.

Le thorax est déformé en carène. L'état général s'est bien maintenu. La mère nous rapporte que l'enfant a failli perdre plusieurs fois la vie à la suite d'accès de suffocation.

Des essais répétés de laryngoscopie pendant quinze jours échouent, l'autoscopie du larynx avec la spatule de Kirstein ne réussit pas davantage et la dyspnée s'étant toujours accrue, nous résolûmes de recourir à l'examen direct.

Le 20 mai 1907, je fais entrer la malade dans mon service et avec l'aide de mes confrères Snacken et Richard, nous procédons à un examen laryngoscopique direct avec le tube-spatule de Killian, tête en position de Rose, après avoir passé un fil de soie par la langue pour l'attirer en avant.

Narcose prudente, tout étant disposé pour la trachéotomie.

Il nous est impossible de faire glisser le tube derrière l'épiglotte. Pour tourner la difficulté, nous nous servons du tube-spatule conducteur bivalve que nous plaçons dans la fossette glosso-épiglottique. En pressant légèrement en avant par un mouvement de bascule, nous apercevons l'épiglotte très petite et le vestibule laryngien comblé de tumeurs blanchâtres, framboisées.

Ces tumeurs serrées l'une contre l'autre semblaient obstruer complètement l'entonnoir laryngien. En les voyant ainsi nettement, nous regrettons de ne pas avoir à notre disposition des pinces pour les extraire. Nous les faisons chercher et laissons l'enfant se réveiller. L'anesthésie avait été bien supportée et le rythme respiratoire n'avait pas été modifié.

Après une heure, nouvelle anesthésie, nous parvenons à voir les petites tumeurs sous forme d'un bouquet minuscule, émergeant de l'entonnoir laryngien, tranchant sur celui-ci par leur aspect blanchâtre et mamelonné. Le plus gros bourgeon nous semble siéger sur la face interne de l'épiglotte ; nous l'enlevons sans peine avec la pince-cuiller de Killian : c'est la plus volumineuse des

tumeurs que vous avez sous les yeux. A l'instant, l'enfant se cyanose, asphyxie et force nous est de recourir à la trachéotomie en un temps, remettant la suite de l'opération à plus tard.

L'enfant était afébrile et nous reprenons le lendemain 21 mai l'opération ; nous arrivons à cueillir avec le tube-spatule plusieurs bourgeons ; l'hémorragie assez abondante est combattue par la compression avec un tampon d'ouate. La canule est enlevée et l'enfant respire librement, toutefois sa bronchite s'est légèrement aggravée.

Deux jours après, nouvelle séance : le vestibule laryngien est libre, ayant observé des bourgeons en dessous des cordes vocales nous les enlevons. Enfin le 26 mai, l'enfant restant toujours apyrétique, nous enlevons les derniers bourgeons. L'enfant respirait librement, ne présentait plus de cornage, plus d'accès de suffocation. Il eut pendant quelques jours de la fièvre (38° et 39°).

La voix commence à revenir ; il pousse des cris, on l'entend manifestement pleurer ; 15 jours se sont écoulés depuis la dernière intervention.

Ce furent les observations de Garel, de Vignard, de Lyon, qui attirèrent notre attention sur ce mode de traitement. Le premier opéra de papillomes du larynx, des enfants de trois et cinq ans, le second un enfant de quatre ans.

Nous nous demandions si la méthode était pratique pour des enfants de deux ans et même de moins ? La question en effet, était délicate, les dimensions du larynx étant très faibles et variant énormément à cette période de la vie, à un an d'intervalle. Les résultats des interventions furent excellents ; pour le second cas, nous avons eu une alerte due à la gravité du mal et non à la méthode.

Le gros obstacle auquel je me suis heurté siégeait au niveau de l'épiglotte et de l'entrée du larynx.

L'épiglotte à cet âge forme un repli peu saillant et surtout très souple. C'est en raison de la brièveté de cet organe que nous avons éprouvé plus de difficulté à le découvrir chez l'enfant que chez l'adulte, d'autre part en raison de la souplesse il nous a échappé souvent dans les tentatives pour le charger.

Je rejette l'anesthésie locale et l'hémostase médicamenteuse chez d'aussi jeunes enfants.

Il ne sera pas inutile de rappeler ici les déceptions subies par d'habiles laryngologistes ; ils étaient parvenus à extraire chez de petits enfants des corps étrangers des bronches au moyen de la bronchoscopie.

Ils eurent la malchance de les voir succomber plusieurs heures après l'opération des suites d'une intoxication médicamenteuse par la cocaïne ou l'adrénaline, peut-être par les deux à la fois.

Pour ces motifs, je préfère m'abstenir à cet âge, des anesthésiques locaux et j'ai plus de confiance dans l'anesthésie générale souvent bien supportée par les enfants.

Je préfère m'abstenir à cet âge de l'adrénaline, me contentant de l'hémostase par compression.

Le traitement des papillomes du larynx a été de tout temps une des grandes préoccupations des laryngologistes.

Chez les enfants, cette affection est sérieuse ; chez eux il peut s'agir non seulement de l'intégrité de la voix, mais surtout d'une question vitale.

Bruns, passé maître dans la matière, incline plutôt pour le traitement par les voies naturelles : il estime que la thyrotomie peut compromettre sérieusement la voix. Même par cette méthode, les récidives ne sont pas rares.

La voix endolaryngée est employée par un grand nombre d'opérateurs.

Chez des enfants dociles, quelques laryngologistes, V. Bruns, Schmidt, etc., sont parvenus à cueillir des papillomes par voie indirecte en se servant de la lumière réfléchie et du miroir laryngien. Pour réussir, il faut beaucoup de patience et savoir inspirer confiance aux petits. Chez un enfant de sept ans, nous sommes parvenu à cueillir des papillomes de cette façon. Les traitements aveugles ont quelquefois réussi. J'appelle ainsi le traitement connu de Lori qui consiste à introduire dans le larynx un cylindre avec œillet latéral à bords tranchants et tournant dans tous les sens. Parmi ces genres de traitement, à signaler encore celui employé par Harmer, à la clinique du prof. Chiari.

Il est basé sur le frottement énergique des surfaces papillomateuses, soit par une petite brosse introduite par le larynx, soit par plusieurs éponges attachées à un fil qu'on faisait, après trachéotomie préalable, passer et repasser de bas en haut et de haut en bas.

Les méthodes basées sur la vue directe ont rallié à l'heure actuelle le plus grand nombre des opérateurs.

La méthode de Kirstein, généralement employée, n'est pas pratique quand les tumeurs siègent trop en avant ou trop en bas dans l'entonnoir laryngien. Ici, l'extirpation avec la spatule tubulaire se fait plus sûrement et plus facilement : c'est la seule méthode endolaryngée qui peut permettre d'enlever sous la vue des papillomes situés en dessous des cordes vocales tels que ceux dont était porteur l'enfant de la seconde observation.

Nos observations prouvent que cette méthode est applicable chez les enfants tout jeunes, de deux ans et de moins[1].

1. La présente communication était faite depuis trois mois quand nous pûmes prendre connaissance de la première partie du travail du prof. Schmiegelow, de Copenhague (De l'œsophago-trachéo- et bronchoscopie. *Archives internationales de laryngologie*, juillet-août 1907).

Le distingué professeur relate l'observation d'un enfant de deux ans qu'on avait trachéotomisé pour sténose progressive due à de multiples papillomes. Au moyen du tube-spatule de Killian, il enleva avec une pince quantité de papillomes.

A la suite de cette intervention, le larynx devint perméable à l'air, mais les papillomes récidivèrent et dans l'espace de plusieurs mois, il dut à plusieurs reprises enlever les papillomes en se servant de l'examen direct.

Depuis notre communication, l'enfant de la seconde observation a présenté deux récidives faciles à guérir. Il conserve la voix claire.

Observation III. — En octobre 1907, j'ai eu à donner mes soins à un enfant de 18 mois porteur également de papillomes laryngiens, que nous avons commencé à enlever dès la première visite.

L'enfant est immobilisé dans la position assise sans aucune anesthésie. Le tube-spatule est placé dans la fossette glosso-épiglottique et je pratique l'ablation de plusieurs papillomes. L'enfant saigne légèrement et peut rentrer immédiatement chez lui. Nous avons répété ces courtes séances trois fois. Il ne restait plus que des papillomes siégeant au niveau du cricoïde. Pour l'ablation de ceux-ci, nous avons tenu une nouvelle séance, cette fois sous anesthésie générale et avec le trachéoscope. Tous les papillomes avaient été enlevés en dix jours. Au bout de ce temps, la respiration parfaite se rétablit et la voix commença à revenir. Trois semaines après, l'enfant paraissait complètement guéri. Mais, bientôt après, la raucité de la voix réapparut, la dyspnée se réinstalla. Quelque temps après, soit deux mois après nos interventions, la dyspnée devint très intense, la laryngoscopie directe permit de constater une récidive très accentuée. Je pratiquai une trachéotomie au niveau du deuxième et du troisième anneau trachéal. Nous avons tenu l'enfant en observation pendant six mois et nous avons plusieurs fois enlevé les récidives, mais sans obtenir un résultat durable. Aucune de ces interventions ne fut marquée par un incident digne d'être rapporté.

L'enfant atteint de rougeole a succombé les premiers jours de sa maladie à des convulsions. Le Dr Bauwens appelé auprès de l'enfant a constaté la parfaite perméabilité de la canule.

L'autopsie m'a permis de constater que les voies respiratoires, en dessous de la canule présentaient un calibre normal. Il a donc succombé à une cause indépendante de son affection laryngienne.

J'ai conservé le larynx de cet enfant. Il démontre l'inutilité de nos interventions au point de vue de la guérison des papillomes. Tout l'entonnoir laryngien, le larynx sont couverts de masses diffuses papillaires, de même que la région laryngienne inférieure jusqu'à l'orifice trachéal.

Réflexions. — Dans ce cas, nous avons modifié notre méthode habituelle: d'abord en opérant sans aucune anesthésie, ensuite en opérant l'enfant dans la position assise. Nous ne recommandons cette méthode que pour les très jeunes enfants, faciles à immobiliser, et pour les papillomes siégeant dans les parties supérieures du larynx.

Nous conseillons d'enlever peu à la fois et de bien voir les parties de tumeur qu'on enlève.

L'exploration au tube-spatule provoque des accès de pleurs

qui ont pour résultat de resserrer spasmodiquement l'entonnoir laryngien ; ils sont interrompus par des inspirations très profondes qui ouvrent largement le larynx. Il faut profiter de cette ouverture momentanée pour cueillir avec la pince-cuiller, préalablement introduite, les papillomes qui se présentent d'abord.

La position assise est favorable pour éviter les mucosités qui, dans cette position, ne viennent pas aussi facilement inonder le champ opératoire.

Pratiquée de cette façon, l'intervention n'est suivie généralement d'aucune réaction et on peut recommencer deux jours après.

Cette observation nous apprend qu'il y a des cas qui résistent à la méthode directe la mieux réussie.

Comme la pièce anatomo-pathologique le démontre, il s'agit ici d'une forme de papillomes essentiellement diffuse à large base d'implantation. Ce seront toujours des cas défavorables.

Observation IV. — L'observation suivante nous permettra de juger de trois autres méthodes de traitement, de la thyrotomie, de la cure de repos du larynx à l'abri de la canule trachéale et enfin de la trachéo-laryngostomie.

Il s'agit d'une jeune fille de huit ans qui, à l'âge de trois ans, a présenté de l'enrouement progressif et de la dyspnée croissante. La mère l'amena chez un laryngologiste, puis chez un second et enfin chez un troisième. Le dernier confrère jugea une opération par voie externe nécessaire et l'adressa à un confrère de la capitale. Celui-ci thyrotomisa l'enfant et la débarrassa de ses papillomes.

Après trois semaines de guérison apparente, une récidive survint et causa une dyspnée, telle, que le même confrère dut pratiquer une trachéotomie presque d'urgence.

Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis 4 ans, la canule a été laissée en place. L'enfant est venu nous consulter le 4 septembre 1908. C'est avec le plus grand intérêt que nous avons pratiqué l'examen local. La longue cure de repos de l'organe vocal avait-elle produit la disparition des papillomes ?

L'examen laryngoscopique chez la jeune fille très indocile, nous fit constater que le larynx était comblé de papillomes jusqu'en dessous des cordes vocales. D'autre part, l'examen au niveau de l'orifice trachéal pratiqué avec le trachéoscope nous fit découvrir des papillomes du larynx en dessous des cordes vocales et dans la partie supérieure de la trachée.

Instruit par notre troisième cas de l'inutilité des opérations endolaryngées dans les formes de papillomes très diffuses à très grande tendance à récidives, nous avons cru mieux faire de ne pas y recourir chez cette malade. D'ailleurs, à la suite des manipulations antérieures, l'enfant un peu terrifié, était devenu très indocile.

Nous nous sommes adressés à la nouvelle opération de la trachéo-laryngostomie préconisée, avec l'école italienne et le Dr Sargnon, par le confrère belge le Dr Béco, de Liège.

La malade est endormie au chloroforme.

J'incise sur la ligne médiane le cartilage thyroïde, le cartilage cricoïde et le premier anneau trachéal jusqu'à l'ouverture trachéale de la canule. En écartant les valves cartilagineuses, nous voyons les amas papillomateux, que nous enlevons à la curette et avec des pinces. Nous trouvons une cicatrice assez épaisse au niveau de la partie postérieure de l'anneau cricoïdien. Nous incisons celle-ci sur la ligne médiane d'après les conseils de Sargnon, passé maître en la matière. Suture de la muqueuse à la peau, mise en place d'une sonde caoutchoutée n° 24. Suites normales.

La période de sphacèle se passe sans incidents, à peine un peu de fièvre les premiers jours.

Les périodes de bourgeonnement et d'épidermisation ont également été normales.

La bride cicatricielle a rapidement fondu et nous avons pu augmenter très rapidement le calibre des sondes caoutchoutées. Nous nous sommes arrêtés au n° 35.

Au point de vue des papillomes, nous n'avons pas encore constaté de récidives depuis les trois mois qui nous séparent de l'opération.

La laryngo-trachéotosmie est souvent dilatée pour nous permettre de bien inspecter le larynx, surtout à la partie située en dessous des cordes vocales.

Nous pratiquons aussi des examens laryngoscopiques au miroir laryngien. La stomie nous permet d'enlever la canule trachéale, qui, d'après Béco et Sargnon, doit être considérée comme un corps étranger capable de provoquer des récidives.

Quand nous obturons la bouche laryngée avec du sparadrap, la respiration laryngo-buccale s'accomplit parfaitement.

Le repos prolongé du larynx à l'abri de la canule trachéale, considéré par quelques-uns comme moyen infaillible, n'a donné ici aucun résultat.

Rappelons, pour ne signaler que des auteurs belges, que le Dr Delsaux (de Bruxelles) a signalé récemment un cas de papillomes du larynx chez une fille de 16 ans, portant la canule depuis neuf ans sans le moindre résultat. Signalons les trois enfants porteurs de papillomes du larynx que le Dr Béco a présentés dernièrement à la Société belge de Laryngologie. Ces enfants portaient; sans résultat, des canules trachéales respectivement depuis huit ans, cinq ans et un an.

J'attire l'attention sur la gravité et la rapidité de la récidive après la thyrotomie avec éradication des tumeurs. Ce n'est d'ailleurs pas un cas isolé. La littérature nous signale des récidives très fréquentes après cette opération. Bruns a pratiqué dix-sept thyrotomies sur le même enfant pour papillomes.

La plupart des auteurs modernes considèrent l'ablation des

tumeurs papillomateuses du larynx par la trachéo-laryngoscopie, comme le procédé idéal. Dans les formes graves on pratiquera ces ablations après trachéotomie préalable.

Nous croyons avec Béco, Sargnon et l'école Italienne, que la



Les cicatrices existaient avant notre opération et datent de la thyrotomie pratiquée ailleurs il y a 4 ans.

trachéo-laryngostomie est la méthode idéale pour les cas de papillomes récidivants ayant résisté aux tentatives d'exérèse par les voies naturelles.

Elle est certainement la méthode de choix quand l'affection s'accompagne de brides cicatricielles, ce qui était le cas dans notre quatrième observation.

XII

VALEUR PRATIQUE DE L'ŒSOPHAGOSCOPIE

(Suite et fin.)

Par **Ernest BOTELLA** (de Madrid).
[Traduction par B. de Gorsse, de Luchon.]

Observation XIV. — Rosa Silva, âgée de 3 ans, est amenée à la Consultation, le 14 septembre, parce qu'elle a avalé, deux jours auparavant, une pièce de monnaie de cinq centimes. Elle ne présente pas d'autres troubles que ceux de la déglutition qui est impossible pour les solides. On n'a fait aucune tentative d'extraction.

Une radiographie précieuse, faite par le docteur Espina, accuse la présence de la monnaie un peu au-dessus du siège d'élection.

On procède à l'œsophagoscopie sans anesthésie cocaïnique et on introduit un tube de 9 millimètres sous aucune difficulté ; à peine le tube est-il dans l'œsophage qu'on aperçoit la monnaie de champ, on la prend avec la pince et elle est extraite facilement en même temps que le tube est retiré.

L'opération a eu lieu rapidement et n'a causé aucune douleur.

Observation XV. — Francisco Bel, âgé de 29 ans, de Saragosse, deux jours avant de venir nous consulter, pendant un repas, s'aperçut qu'il avalait un petit os. Cela provoqua de la toux, et une vive douleur qui se renouvelait par la déglutition des liquides, seuls aliments qui pussent passer.

Œsophagoscopie. — A l'aide d'une légère anesthésie cocaïnique, on introduit, sans mandrin, un tube de 12 millimètres, à environ 14 centimètres, c'est-à-dire à l'entrée même de l'œsophage, on aperçoit, placé transversalement et enclavé dans le côté gauche, un petit morceau d'os d'un demi-centimètre de long pour autant de large ; quand il est extrait à l'aide de la pince, on s'aperçoit qu'il atteint 2 centimètres et qu'il laisse une petite plaie dans la paroi de l'œsophage. Cette dernière est cause que le malade est tenu, par précaution, à la diète lactée pendant deux jours, après lesquels on lui permet de sortir tout à fait guéri.

Observation XVI. — Jose Pinero, âgé de 12 ans, d'Almaden, est conduit à la Clinique par son père qui nous raconte que le jour précédent, il a avalé une pièce de dix centimes et qu'il est venu à Madrid sans avoir consulté aucun médecin. Déglutition difficile, même pour les liquides, mais peu de gène si l'on ne tient pas compte de celle qui est provoquée par la grosseur de la pièce de monnaie.

Sans faire d'examen radiographique, nous rapportant seulement aux renseignements donnés par l'anamnèse, nous procédons à

l'œsophagoscopie avec anesthésie chloroformique ; nous introduisons d'abord un tube court moyen à l'aide duquel nous ne voyons pas la pièce. Soupçonnant que le tube a glissé devant elle, nous le retirons et, sans grand travail, en introduisons un autre plus gros, qui nous permet de voir se dessiner sur le champ le corps étranger à environ 12 centimètres; nous l'enlevons à l'aide de la pince.

Une petite érosion sur la paroi postérieure et une légère douleur au cou dont l'enfant se plaint à son réveil, nous oblige à le maintenir deux jours en observation, après lesquels nous lui permettons de partir, car il avale parfaitement et sans aucune gêne.

Observation XVII. — Julia Gonzalez, âgée de 3 ans, de Madrid, nous fut envoyée par le docteur Espina; le père de l'enfant nous raconte que, le 23 décembre, elle avait avalé une pièce de monnaie de cinq centimes. Accès de suffocation, nausées et vomissements qui se calment au bout d'une heure. Trois jours après, voyant qu'elle ne pouvait plus avaler que des liquides, on l'amène à la Maison de Secours où on lui passe une sonde; cela lui permet d'avaler toute sorte d'aliments, bien qu'avec difficulté. Trente jours ont passé depuis l'accident quand on amène l'enfant à l'hôpital, où le docteur Espina fait une magnifique radiographie qui montre la pièce de monnaie au lieu d'élection.

Le jour suivant, sous anesthésie chloroformique, on introduit difficilement un tube fin qui passe devant la pièce sans la découvrir. L'anesthésie est un peu irrégulière, et nous ne pouvons prolonger la séance en introduisant un tube plus gros.

Nouvelle exploration quelques jours après ; nous introduisons, sans difficulté, un gros tube avec lequel nous parcourons une grande partie de l'œsophage, sans parvenir à découvrir le corps étranger, opération que nous pouvons faire suivre au docteur Espina grâce au manche de Kasper: en nettoyant la muqueuse avec les porte-cotons, nous voyons qu'ils ressortent tachés d'une tache sombre sur leur partie postérieure. Nous précisons l'endroit qui se trouve à environ 12 centimètres et bien qu'il soit évident que c'est là que se trouve la pièce de monnaie, nous ne pouvons arriver à la voir ; nous introduisons un crochet mousse et suivons de bas en haut, avec lui, la paroi œsophagienne sans buter sur quoi que ce soit. Devant l'inutilité de nos tentatives, et supposant que la pièce de monnaie est incrustée dans la muqueuse comme un verre de montre l'est dans le boitier, nous décidons de faire une œsophagotomie le jour suivant, opération qui fut pratiquée par notre cher maître, le chef de la Clinique, le docteur Cisneros. On suit la technique qui a été déjà décrite.

L'œsophage incisé, on retire la pièce qui était recouverte de fongosités, et cela confirma nos suppositions sur l'incrustation de la monnaie. Il n'y eut pas de suites opératoires; l'enfant garda une sonde nasale en permanence, et la plaie se guérit par seconde intention; la sortie de la malade eut lieu au bout de 20 jours.

Observation XVIII. — Christine Quijano, âgée de 24 ans, de Burgos, fut envoyée à la Clinique par notre cher ami le docteur Asua ; elle nous raconte que huit jours auparavant (8 février), elle avala une épingle à cheveux noire qu'elle tenait dans la bouche ; il se produisit tout d'abord de la toux avec expectoration sanguinolente, à ce qu'elle dit; au début, elle pouvait toucher la pointe de l'épingle avec le doigt. La déglutition se fait sans difficulté, et elle accusait uniquement une douleur constante, et pongitive du côté gauche de la poitrine au niveau du manche du sternum ; cette douleur était augmentée par l'inspiration profonde.

Aussi bien par les renseignements anamnestiques que par les rares signes physiques, il était difficile de préciser si l'épingle avait été aspirée ou avalée. La toux, avec expectoration sanguinolente, était le signe que le corps étranger, en apparence, était plutôt passé par les voies respiratoires; mais comme elle n'était pas continuelle et qu'il n'y avait pas de signes physiques du côté du poumon, il ne restait comme symptôme de probabilité que la douleur, probabilité assez précaire ; du reste, bien que la localisation de cette douleur fût assez éloignée de l'œsophage, nous savons par expérience que la douleur œsophagienne est toujours diffuse et irradiée, et ce pouvait être une de ces irradiations que la malade accusait. D'autre part, ce fait que la déglutition se faisait sans difficulté venait détruire toutes nos présomptions.

On fit un examen radioscopique fort long et une radiographie frontale, sans pouvoir découvrir l'épingle. Le jour suivant, la malade accusait la douleur plus bas ; on fit un nouvel examen radiographique de côté sans arriver à un résultat. L'épingle n'était certainement pas dans une bronche, car elle se serait vue, comme se voyait une qui nous servait de témoin. Nous restions dans le doute qu'elle fût dans l'œsophage et qu'elle eût été cachée par la tache sombre du cœur; nous décidâmes donc de faire une œsophagoscopie, sans grand espoir. Sur la demande de la malade qui était fort effrayée, elle fut faite sous anesthésie chloroformique. On introduisit un tube de 14 millimètres et de 30 centimètres de long, avec lequel on parcourut tout l'œsophage, sans voir l'épingle ni de traces de son passage. Toutefois, à 24 centimètres, c'est-à-dire au niveau de la crosse de l'aorte. nous vîmes le rétrécissement naturel plus accentué et la muqueuse légèrement tuméfiée. Nous avouons en toute sincérité que nous fîmes un diagnostic assez pessimiste, laissant vaguer notre imagination à son bon plaisir en pensant aux conséquences que pouvait entraîner la présence d'une épingle de plus de 5 centimètres dans l'estomac. Mais quelle ne fut pas notre surprise quand, 4 ou 5 jours après, la malade reparut, enchantée, nous rapportant que le jour qui avait suivi notre intervention, en examinant ses excréments, précaution que nous lui avions recommandée sans grand espoir, elle y avait retrouvé son épingle. Nous la félicitâmes de son bonheur et nous en réjouîmes intérieurement.

Il est certain que dès le premier examen radioscopique négatif, l'épingle était déjà dans l'estomac, et que la sensation de son passage était due uniquement à l'excessive impressionnabilité de la malade. C'est un fait d'observation, et nous avons eu l'occasion de le vérifier dans quantité de cas, que la sensation de corps étranger persiste deux ou trois jours après sa disparition, et il faut tenir compte de cela pour ne pas se lancer à la recherche d'une chose qui n'existe déjà plus.

Le cas est très intéressant et a une certaine analogie, surtout comme résultat, avec celui que Vignard et Sargnon ont publié en avril 1907 dans le « Lyon médical » : il s'agissait d'un enfant de cinq ans qui avait avalé une épingle à cheveux ; la radioscopie la localisait au niveau de l'union de la bronche droite avec la trachée. Il n'y avait pas de troubles œsophagiens, mais seulement une légère toux. Sous l'anesthésie chloroformique, on avait fait une œsophagoscopie négative et, dans la même séance, supposant que l'épingle était dans le poumon, une trachéotomie basse (après avoir tenté sans résultat une trachéo-bronchoscopie supérieure) avec une trachéoscopie inférieure qui resta également infructueuse. Une radiographie faite après l'opération prouva la disparition de l'épingle qui était sans doute descendue au moment de l'œsophagoscopie.

Observation XIX. — Paula Gutierrez, âgée de 60 ans, de Tolède, se présente à la consultation le 19 février, disant que, quelques jours auparavant, elle avait avalé en mangeant un morceau d'os qui s'était mis en travers et que, depuis ce moment, elle ne pouvait plus déglutir autre chose que des liquides.

Œsophagoscopie. En faisant l'anesthésie, le porte-coton touche le corps étranger. En position assise, et sans conducteur, un gros tube est introduit ; le corps étranger est rencontré à 12 centimètres de l'arcade dentaire ; on l'aperçoit placé de travers, de droite à gauche et se détachant parfaitement sur le fond du tube. On introduit une pince et, en essayant de le mobiliser, on s'aperçoit qu'il est fortement enclavé. Toutefois, après deux ou trois essais, nous arrivons à l'extraire, mais non sans produire, en le prenant, une petite érosion sur le côté droit de la muqueuse. Ses dimensions étaient de 2 centimètres de long sur 7 millimètres de large. La malade s'en va, guérie.

Observation XX. — Frédéric Tapia, âgé de 68 ans, de Cadix, se présente à la Consultation, le 21 février ; il dit avoir avalé un petit os il y a quelques jours et ressent une légère gêne du côté gauche du cou. La déglutition se fait facilement pour toute sorte d'aliments.

Étant donné le manque de gêne à la déglutition, nous supposons que le malade ne garde plus que la sensation du corps étranger ; mais si par hasard il s'agissait d'un tout petit morceau d'os, — ce que les renseignements nous permettaient de supposer, et du reste la

localisation subjective était élevée — nous jugeâmes bon de faire l'œsophagoscopie couchée, sans anesthésie préventive, et en introduisant le tube sans conducteur parce que cela nous permettait d'examiner l'œsophage depuis le vestibule.

En effet, il n'y a trace de corps étranger ni à l'endroit où le malade ressentait sa gêne, ni beaucoup plus bas. Comme le malade est intelligent, nous lui expliquons la cause de sa gêne et nous lui demandons, au cas où elle ne disparaîtrait pas, de revenir à la Clinique pour faire un nouvel examen; comme il n'est pas revenu, nous supposons qu'il était guéri.

Pour résumer l'exposition clinique que nous venons d'achever, nous nous trouvons en présence :

1° d'un cas de rétrécissement cicatriciel de l'œsophage diagnostiqué et guéri par l'œsophagoscopie;

2° de deux cas de sténose spasmodique diagnostiqués et guéris;

3° de deux cas de sténose par compression extrinsèque dont le diagnostic a pu être fait;

4° de deux cas de cancer de l'œsophage au début dont le diagnostic a été établi;

5° de treize cas de corps étrangers : deux pièces dentaires, cinq pièces de monnaie, une épingle, un morceau de viande et quatre morceaux d'os.

De ces treize cas de corps étrangers, il y en a deux dont la présence ne put être prouvée au moment de l'examen, deux autres qui descendirent pendant l'opération, trois où l'on dut avoir recours à l'œsophagotomie et six qui furent extraits par sœsophagocopie.

Si nous analysons ces treize cas, nous pouvons tirer les constatations suivantes :

1° Des deux pièces dentaires dégluties (observations VIII et IX), l'une était munie de crochets, l'autre n'en avait pas; de plus, dans la première, on fit de nombreux essais d'extraction sans résultat et il y avait de la péri-œsophagite; dans le deuxième cas, le corps étranger n'était dans l'œsophage que depuis quatre jours, et on n'avait fait aucune tentative d'extraction; il put être extrait par œsophagoscopie, tandis que, dans le premier cas, il avait fallu faire l'œsophagotomie.

2° Les cinq observations de pièces de monnaie portent les numéros X, XIII, XIV, XVI et XVII. Dans l'observation X, la monnaie, localisée par la radiographie, ne fut pas vue par œsophagoscopie et nous supposons naturellement qu'elle dut être repoussée quand on fit l'anesthésie ou quand on introduisit le

tube avec un mandrin qui le dépassait beaucoup; il est vrai qu'elle a pu aussi s'en aller spontanément.

Dans les observations XIII et XVII, la pièce de monnaie était depuis un mois dans l'œsophage. Dans la première des deux, on avait fait de nombreux essais pour l'extraire ou la repousser à l'aide de crochets, de paniers et de sondes : il y avait de l'œsophagite. Dans la deuxième, on avait introduit une sonde pour repousser la monnaie jusqu'à l'estomac et on n'était arrivé qu'à la plaquer et à l'enchâtonner dans la paroi œsophagienne. Dans ces deux cas, il fallut pratiquer l'œsophagotomie.

Les pièces de monnaie des observations XIV et XVI n'étaient dans l'œsophage que depuis deux jours et on ne s'était livré sur elles à aucune tentative. Elles furent extraites par œsophagoscopie, avec beaucoup de facilité.

L'observation XI (morceau de viande) n'offre rien de particulier.

Les observations XII, XV, XIX et XX se rapportent à de petits morceaux d'os; dans le premier cas, au moment où nous introduisons un tube de douze millimètres, le morceau d'os s'échappa sous nos yeux; dans les deux suivants, le corps étranger fut extrait ; dans le dernier, sa présence ne fut pas confirmée; il en fut de même dans l'observation XVIII, mais ici la radiographie fut, de plus, négative.

Les fois où nous avons employé l'examen radioscopique et la radiographie, nous ont donné, surtout par cette dernière, les renseignements les meilleurs, non seulement quant à la localisation, mais encore, et ceci est extrêmement intéressant, quant à la forme et à la position prise par le corps étranger; nous avons utilisé ces renseignements pour les manœuvres œsophagoscopiques d'extraction.

Comme résultat de cette analyse, nous pouvons tirer une première conséquence capitale : c'est que toutes les tentatives d'extraction, quelle que soit la nature du corps étranger, sont préjudiciables quand elles sont faites à l'aveuglette; et de tous les instruments employés, celui qui est le plus préjudiciable est la sonde, bien qu'en apparence ce soit le plus inoffensif. Et c'est parce qu'ils le croient ainsi que la plupart des médecins, quelque modique que soit leur pratique, n'hésitent pas à recourir à elle et n'emploient pas le crochet de Kirmisson ou le panier de Græfe, pour peu qu'ils doutent de leur dextérité. Ce n'est que dans le cas où le corps étranger est lisse et rond (noyaux de fruits) que la sonde arrivera à le repousser jusque dans l'estomac; mais s'il a des pointes aiguës (morceaux d'os), s'il est pourvu de crochets

(pièces dentaires), etc., etc., alors, ou il l'enclavera davantage dans l'œsophage, ou bien, s'il le repousse, ce sera au prix de déchirures des parois de l'organe (observations IV, VIII et XIII).

Les crochets et paniers sont moins graves parce qu'on s'en sert moins, mais, même dans des mains exercées, ils peuvent produire depuis le simple traumatisme de la muqueuse jusqu'à sa perforation et à la mort. Dans nos observations (IV, VIII et XIII), les essais d'extraction à l'aide de ces instruments ont provoqué de l'œsophagite et ont rendu impossible le succès de l'œsophagoscopie.

Autre conséquence qui résulte de l'étude de nos observations, c'est que l'efficacité du procédé œsophagoscopique dépend en grande partie de deux circonstances : forme et grosseur du corps étranger, et durée de son séjour dans l'œsophage.

La façon dont le corps étranger se comporte dans l'œsophage ne dépend pas tant de sa grosseur que de sa forme ; s'il a des angles, s'il a des pointes aiguës, s'il a des crochets, il s'enclavera de telle façon que son extraction par œsophagoscopie est très dangereuse. Normalement, la muqueuse de l'œsophage se déchire facilement ; la présence d'un corps étranger anguleux provoque au bout de quelque temps, par lui-même et à l'aide des mouvements de déglutition, une réaction inflammatoire, une œsophagite qui la rend encore plus fragile, et dans ces conditions, non seulement les manœuvres d'extraction, mais l'œsophagoscopie elle-même, peuvent être très dangereuses et c'est une contre-indication au procédé, établie par Killian lui-même au Congrès de laryngologie allemand (Heidelberg, juin 1905) ; il faut recourir dans ces cas à l'œsophagotomie.

La forme arrondie des pièces de monnaie fait qu'elles sont assez bien tolérées et que les difficultés de leur extraction ne dépend pas d'une œsophagite, à moins que celle-ci n'ait pour origine des manœuvres intempestives, comme dans l'observation XIII ; les difficultés viennent de leur petite grosseur, et ce qu'a fait la sonde dans l'observation XVII, c'est-à-dire la coller contre la paroi œsophagienne, le tube œsophagoscopique peut également le faire en passant et repassant devant elle sans buter contre son champ ; des cas très instructifs à ce point de vue sont ceux de Moure et de Garel : le premier, après des œsophagoscopies multiples à l'aide de tubes de calibres distincts, put extraire la pièce de monnaie avec le panier de Græfe, et le deuxième dut envoyer l'enfant à Bérard pour enlever la monnaie par œsophagotomie.

L'extraction des pièces de monnaie par œsophagoscopie peut

donc être une opération tantôt très facile, tantôt remplie de difficultés.

Quant au temps de séjour du corps étranger dans l'œsophage, trois cas peuvent se présenter : le malade arrive dès les premiers jours de l'ingestion du corps étranger ; il y a quinze à vingt jours au moins que ce dernier a été avalé ; il y a plus d'un mois.

Nous avons dit que le corps étranger provoque par sa présence dans l'œsophage une réaction inflammatoire qui est tantôt très accentuée et très rapide, tantôt irrégulière selon la forme du corps ; un des facteurs de cette réaction naturelle sont les mouvements de déglutition et les vomissements que présentent les malades afin de se débarrasser de cet hôte incommode. Sans doute, cette réaction inflammatoire n'est pas immédiate, et il peut se passer plusieurs jours sans qu'elle se présente ; l'œsophagoscopie nous rendra alors maîtres de la situation et le corps étranger pourra être facilement enlevé par son intermédiaire.

Les premiers jours passés, alors que la réaction de l'œsophage est en pleine activité, l'œsophagoscopie n'est plus aussi inoffensive, et les manœuvres pour l'extraction du corps étranger sont périlleuses, surtout si ce dernier est muni de crochets ou de pointes enclavées dans la muqueuse. Cette période se présente d'habitude et dure, selon mes observations, du dixième au trentième jour.

Après le trentième jour, la tolérance s'établit généralement, l'œsophage s'habitue à la présence du corps étranger, les symptômes inflammatoires cèdent et cela peut durer indéfiniment sans presque occasionner de gêne. L'œsophagoscopie peut de nouveau dominer la situation et être employée sans danger et avec succès.

Pour résumer tout cet exposé et d'après ce que nous avons pu en déduire, nous pouvons formuler les conclusions suivantes :

1° L'œsophagoscopie est indispensable pour le diagnostic exact des sténoses cicatricielles et, dans de nombreux cas, est d'une valeur inappréciable au point de vue de leur traitement ;

2° Dans les cas de spasme de l'œsophage, c'est seulement grâce à l'œsophagoscopie qu'on peut faire leur diagnostic exact ;

3° L'œsophagoscopie sera nécessaire pour établir le diagnostic des rétrécissements extrinsèques ou par compression, et pourra nous donner des renseignements qui, unis à ceux qui nous sont donnés par les autres moyens d'exploration, serviront à vérifier leur nature ;

4° Par l'inspection directe de la lésion, obtenue par examen œsophagoscopique, nous pourrons établir d'une manière précoce le diagnostic du cancer de l'œsophage ;

5° L'œsophagoscopie, sans être infaillible dans tous les cas, est le procédé qui a le plus de valeur, celui qui est le plus rationnel de tous ceux que nous possédions, pour l'extraction des corps étrangers ;

6° Les renseignements donnés par la radiographie sont de telle importance qu'elle doit toujours être employée en même temps que l'œsophagoscopie ;

7° L'œsophagoscopie est inutile et très dangereuse dans les cas de cancer avancé de l'œsophage, et si celui-ci n'est qu'à son début, une fois le diagnostic établi, l'examen ne sera pas répété, car le passage du tube hâte la marche de la lésion ;

8° Dans les cas de corps étrangers qui auront provoqué de l'œsophagite, l'examen œsophagoscopique sera fait avec grande prudence et les manœuvres d'extraction seront tentées avec une grande douceur ; on recourra à l'œsophagotomie aussitôt qu'on se sera rendu compte de l'inefficacité de l'œsophagoscopie.

*
* *

Nous avons présenté en toute sincérité les résultats de notre expérience clinique, évidemment incomplète, mais d'une grande vérité d'enseignement. Avec la même franchise, nous avons exposé les cas brillants et d'issue heureuse et ceux qui ont échoué, sans atténuer en rien ces derniers, donnant à Dieu ce qui appartient à Dieu et à César ce qui appartient à César.

Bien que des premiers à faire connaître en Espagne ce procédé, nous ne nous en sommes cependant pas énamouré au point de le défendre à outrance, de le représenter comme toujours infaillible. Il vaut mieux que le médecin praticien, dans l'arsenal duquel le tube œsophagoscopique devrait figurer, et qui devrait faire une œsophagoscopie comme une trachéotomie, sache et connaisse sa valeur exacte et que, en tous cas, il se convainque de la facilité du succès dans de nombreux cas et ne se décourage pas par les difficultés inévitables qu'il peut rencontrer dans d'autres.

L'œsophagoscopie ainsi connue, ses indications et contre-indications, ses difficultés et ses dangers dévoilés, elle ne tombera pas dans le discrédit ; son emploi ira en se généralisant, sa technique s'améliorera chaque jour et elle arrivera à être un moyen courant d'exploration, espoir que je ne doute pas de voir bientôt se réaliser, réalisation à laquelle je contribuerai de toutes mes forces.

XIII

LES LÉSIONS
DU
LABYRINTHE NON ACOUSTIQUE

Démontrées par des recherches expérimentales et cliniques

(*Suite.*)

Par le Professeur **A. TORRETTA** (de Gênes).
Docteur ès sciences et docent de Clinique oto-rhino-laryngologique
à l'Université Royale de Rome.

I

De la fréquence avec laquelle l'infection purulente suit l'une ou l'autre des voies précitées pour se propager de la caisse du tympan au labyrinthe.

Cette étude est basée sur de nombreuses statistiques.

Généralement, on admet que c'est par les fenêtres que s'accomplit la transmission dans les formes d'otite moyenne aiguë ; c'est la fenêtre ovale et la *saillie du canal semi-circulaire horizontal* qui servent de passage dans les cas d'otites suppurées chroniques accompagnées ou non de cholestéatome; dans les formes tuberculeuses, c'est le promontoire qui est parfois criblé de nombreuses fistules. Dans les otites post-scarlatineuses qui se terminent par des séquestres envahissant le labyrinthe partiellement ou en totalité, les lésions sont naturellement multiples et profondes.

L'otoscopie permet assez souvent de diagnostiquer des perforations des fenêtres et du promontoire; par l'évidement pétro-mastoïdien, on peut contrôler les lésions des régions inaccessibles à l'otoscopie, de *l'aditus* et de la *saillie du canal horizontal* en particulier, à condition que la paroi labyrinthique de la caisse soit libre de granulations et d'adhérences; il n'est pas toujours indiqué de supprimer ces adhérences, et en tout cas, il faudra agir très prudemment. Quelquefois, l'autopsie ne permet même pas de reconnaître la porte d'entrée de l'infection. Ainsi, Hinsberg, cité par Ferreri [1], ne put démontrer que soixante et une fois sur cent quatre-vingt-huit cas, la voie de propagation infectieuse; ces cas se décomposaient de la manière

1. Atti del IX Congresso di oto-rino-laringologia.

suivante : vingt-sept fois à travers le canal semi-circulaire horizontal, dix-sept fois par la fenêtre ovale, deux fois par la fenêtre ronde, trois fois à travers des fistules du canal semi-circulaire postérieur et trois fois par le promontoire.

Ferreri fait observer avec raison que l'on a vérifié surtout la fréquence du canal horizontal comme porte d'entrée de l'infection, parce que la plupart des autopsies concernaient des sujets opérés d'attico-antrectomie.

Brieger [1] croit que l'infection se propage plus facilement par les fenêtres, et en dernier lieu, il a publié cinq observations, sur lesquelles quatre concernaient des cas de pénétration à travers la fenêtre ronde. Ces données ne permettent absolument pas de conclure. Le pus entre par une voie quelconque sans suivre des règles fixes ; c'est principalement la nature des lésions et les conditions individuelles qui influent sur l'ouverture d'une ou de plusieurs voies de propagation. S'appuyant sur de nombreux cas, Bezold [2] affirme que dans les cas de suppuration labyrinthique entraînant la nécrose et l'élimination du labyrinthe, l'invasion a lieu de préférence par la fenêtre ronde, ainsi qu'on le remarque assez souvent chez les scarlatineux et les tuberculeux.

En tout cas, d'après un récent article de Hinsberg [3], on rencontre une labyrinthite sur cent otites.

C'est donc la plus fréquente des complications endocraniennes de l'otite considérées dans leur ensemble ; elle constitue la première étape des méningites et d'une bonne moitié des abcès cérébraux.

II

Dans les labyrinthites suppurées, le labyrinthe non acoustique peut être affecté isolément, en totalité, ou en partie : quelles sont les conditions favorables au développement de ces troubles circonscrits ?

Botey [4] décrète avec trop d'absolutisme que les suppurations labyrinthiques sont toujours généralisées et il arrive à nier les cas de suppurations partielles rapportés par Jansen, Hinsberg, Grünert et Zeroni [5].

1. *Ann. Mal. Or. et Lar.*, p. 154, 1904.
2. *VI. Versaml. d. Deuts. Otol. Gesells.* Fischer, éditeur, Iéna, 1897.
3. *Zeits. f. Orhenh.*, n° 1-2, t. 52.
4. *Ann. Mal. Or. et Lar.*, décembre 1903, et *Arch. latinos de rino-lar.*, Barcelone, 1903.
5. *Arch. f. Ohrenh.*, Bd. XLIX.

Outre que je trouve cette affirmation exagérée, je la crois contraire à la vérité, ainsi qu'on peut en juger par l'examen attentif de nos observations personnelles et celui des cas cités dans la littérature, ainsi que par de nombreuses études cliniques et expérimentales que nous rapporterons plus loin.

Même au point de vue expérimental, j'admets qu'en cas de labyrinthite aiguë à évolution rapide et engendrée par des microbes très virulents, toutes les régions du labyrinthe sont rapidement envahies, lorsque la porte d'entrée de l'infection est constituée par les fenêtres ovale ou ronde ou par le promontoire ; d'habitude, les parties successivement affectées sont le vestibule, la circonvolution basale du limaçon, les ampoules et le restant des canaux. Le canal le plus atteint est le canal horizontal, vu ses relations avec l'*aditus ad antrum*; le canal horizontal et le vestibule sont affectés les premiers, lorsque le processus destructif originaire de l'oreille moyenne détermine des solutions de continuité de la paroi labyrinthique aux points correspondant à ces organes (*saillie du canal semi-circulaire horizontal, fenêtre ovale*).

La plupart des malades atteints de labyrinthite circonscrite ayant guéri, on possède très peu d'observations anatomo-pathologiques, aussi est-il difficile de décider si les suppurations peuvent demeurer limitées à certaines régions du labyrinthe et dans quelles conditions ces faits se vérifient. Hinsberg [1] rapporte six autopsies à l'appui de l'existence des labyrinthites suppurées circonscrites, dont une seule lui est personnelle [2], les autres sont dues à Jansen [3], Zeroni [4], Grünert et Dalman [5] et Goerke [6]. J'ai relevé dans la littérature d'autres cas probants, un de Grossmann [7] et un de Manasse [8] ; dans ce dernier, il existait une fistule du canal semi-circulaire horizontal et des troubles du labyrinthe non acoustique, tels que vertiges, nystagmus, chute du côté malade, tandis que les bruits faisaient défaut et que le Rinne était négatif ; au microscope, la lésion phlogistique était bornée au susdit canal. Politzer a aussi montré à la *Société autrichienne d'otologie* [9] des pièces sur lesquelles le labyrinthe

1. *Centralbl. f. Ohrenh.*, août 1906, p. 488, et *Ueber Labyrintheiterungen, XV, Vers. Deuts. Otol. Gesells.*, 1905.
2. *Deutsch. med. Woch.*, p. 39, 1904.
3. *Arch. f. Ohrenh.*, Bd. 35, obs. 153.
4. *Arch. f. Ohrenh.*, Bd. 63, p. 174.
5. *Arch. f. Ohrenh.*, Bd. 35, obs. 4 et 11.
6. *Naturforscherversamml.* Breslau, 1904.
7. *Berliner Otol. Gesells.*, 12 décembre 1904.
8. *Zeits. f. Ohrenh.*, Bd. 49, h. 2.
9. C. R. in *Monats. f. Ohrenh.*, n° 10, 1905.

n'est que partiellement lésé, bien que la suppuration soit d'ancienne date. Enfin, von Stein [1] a également vérifié des labyrinthites circonscrites ; telles sont les observations anatomo-pathologiques.

Quant aux procès-verbaux d'opérations, ils n'ont pas grande valeur. Scheibe [2] soutient que l'examen microscopique d'un labyrinthe paraissant macroscopiquement indemne, peut révéler la présence du pus, et qu'au point de vue fonctionnel, une inflammation purulente légère peut abolir la fonction des épithéliums sensitifs si délicats. Mais ici la clinique doit venir au secours de l'anatomie pathologique. Si l'assertion de Scheibe retire toute valeur à l'examen macroscopique du labyrinthe, celui-ci conserve toutefois son importance, lorsqu'à l'inspection macroscopique négative du limaçon, s'associe l'absence de surdité labyrinthique ; en ce cas, si nous trouvons du pus ou des granulations dans les canaux ou dans le vestibule, nous conclurons à une suppuration du labyrinthe bornée au segment non acoustique.

On ne conseillera pas, dans la pratique, l'examen macroscopique de la cavité endolabyrinthique ; la seconde observation de Botey [3] concerne un cas de labyrinthite probablement circonscrite à l'origine qui se diffusa par la suite ; je ne pense pas que cet examen soit absolument indispensable pour conclure à la délimitation de la suppuration.

En effet, un malade peut, à la suite d'une otite moyenne suppurée aiguë ou chronique, présenter des accidents graves imputables à des lésions du labyrinthe non acoustique, tels que vertige intense, impossibilité de se tenir debout, nystagmus, symptômes qui par leur intensité, leur ténacité et le résultat de l'examen otoscopique et de l'intervention (à l'opération de Stacke, on s'aperçoit que l'étrier est absent de la fenêtre ovale, le vestibule est ouvert ou envahi par des granulations, il existe une fistule du canal semi-circulaire ou une ouverture du labyrinthe membraneux) tendent à faire croire qu'il ne s'agit pas de labyrinthisme simple, mais d'un processus purulent véritable ; que manque-t-il pour conclure à une labyrinthite circonscrite au labyrinthe non acoustique, lorsque les phénomènes de lésions cochléaires font défaut ?

Gradenigo [4] déclare que, si au cours d'une otite moyenne, on

1. *Ann. Mal. Or. et Lar.*, janvier 1905.
2. *Deuts. Otol. Gesells.*, 1896.
3. *Ann. mal. or. et lar.*, p. 528-29, décembre 1903.
4. *Loc. cit.*

peut démontrer péremptoirement l'abolition du labyrinthe non acoustique seul ou isolément du labyrinthe acoustique, on admettra très vraisemblablement l'existence d'un foyer circonscrit.

Dans les affections unilatérales du limaçon, les épreuves cliniques révélatrices (examen de l'audition) n'ont qu'une valeur relative, car il est impossible de nier catégoriquement le fonctionnement de l'oreille indemne.

Jansen [1] pense que la suppuration cochléaire peut être circonscrite du côté du vestibule, et vice versa. Dans un cas, Zeroni [2], a trouvé les granulations et la destruction du canal semi-circulaire membraneux limitées à une région et l'ampoule intacte en apparence. Au contraire, Boesch [3] croit que dès que les germes pyogènes ont pénétré dans le labyrinthe, l'infection s'y propage. Fidèle à ses principes, Botey [4] quand il découvre du pus dans une portion du labyrinthe, ouvre toute la cavité. Selon moi, il aide ainsi à la propagation de l'infection aux régions saines, ainsi qu'on le voit à la lecture de l'observation II de cet auteur; de cette manière, toutes les labyrinthites circonscrites se diffuseraient.

Les observations anatomiques et cliniques étant encore sujettes à caution et ne permettant pas de résoudre la question des suppurations circonscrites ou étendues du labyrinthe, j'ai cru devoir entreprendre une série d'expériences sur les animaux.

Ce problème est important, surtout au point de vue du traitement; mes recherches ont eu aussi pour but d'étudier l'étiologie et le développement des lésions phlogistiques du labyrinthe non acoustique.

J'injectai à des pigeons, à des lapins et à des cobayes la même culture dans un bouillon de cinquante-six heures environ, de staphylocoques pyogènes modérément virulents (les animaux présentèrent une suppuration locale sous-cutanée sans phénomènes généralisés).

Ces expériences ont été pratiquées au laboratoire annexé à la Clinique oto-rhino-laryngologique de Rome et à ma Clinique de la *Nunziata* à Gênes. L'examen histologique des préparations a été fait surtout à l'Institut anatomique de Gênes, dirigé par le prof. Lachi que je remercie vivement de sa gracieuse hospitalité.

Le pigeon, sur lequel on découvre aisément le canal semi-circulaire horizontal, ne reçut qu'un quart de goutte de culture.

1. *Encycl. otol. de Blau*, p. 202.
2. *Arch. f. Ohrenh.*, 63, p. 174.
3. *Zeits. f. Ohrenh.*, Bd. 30, n° 4.
4. *Loc. cit.*

Pour le cobaye, chez lequel on accède facilement de la caisse tympanique au limaçon, je fis l'injection à travers la caisse (en ménageant pour l'aiguille de la seringue un trou dans la paroi osseuse cochléaire avec une très fine pointe d'acier que l'on fait tourner délicatement en guise de trépan).

Le lapin fut injecté par la fenêtre ovale, au moyen d'une seringue de Pravaz en verre, avec piston également en verre, stérilisée dans l'eau distillée bouillante avant de s'en servir.

Expériences sur les pigeons [1]. — Je répétai sept fois l'expérience sur 7 pigeons voyageurs adultes, de petite taille, très agiles et à robe cendrée.

Ayant dénudé le canal semi-circulaire horizontal en ménageant la veinule qui chemine le long de la partie convexe du canal, j'évitai l'usage de l'adrénaline qui produisit dans deux cas des effets désastreux (mort presque immédiate de l'animal par anémie bulbaire?) et à l'aide d'une fine lame d'acier, j'amincis avec précaution la paroi osseuse du canal jusqu'à ce qu'elle put être traversée par l'aiguille de la seringue.

Au lieu de maintenir l'orifice de l'aiguille en bec de flûte, je le redressai de façon qu'il ne se perdît pas de liquide, dès que la pointe de l'aiguille aurait pénétré dans le canal. Après un long exercice sur d'autres pigeons, morts et vivants, je finis par régler l'introduction de la pointe, de façon à injecter 4 fois la culture dans le canal membraneux et 3 fois en dehors du canal (dans l'espace périlymphatique qui est assez développé chez le pigeon, ainsi qu'on le voit sur mes préparations microscopiques).

Je produisis de cette manière des péri- ou endo-labyrinthites expérimentales qui me procurèrent l'occasion d'observer les modes de diffusion de l'infection vers les autres régions du labyrinthe (en général, les animaux furent sacrifiés de 5 à 15 jours après l'expérience).

Sur 3 des pigeons, j'effectuai l'injection dans la portion la plus saillante du canal semi-circulaire horizontal, dans un cas je fis l'injection au point de croisement des canaux, sur 2 autres oiseaux, j'injectai l'ampoule ou son voisinage immédiat.

Par le microscope, je m'assurai chaque fois que le liquide injecté avait pénétré dans l'espace péri- ou endo-lymphatique, car on sait qu'en injectant les canaux, on se trompe facilement si l'on se fie aux intentions de l'opérateur.

Pigeon n° 1. Il fut sacrifié six jours après l'expérience. Injection de culture au voisinage de l'ampoule du canal horizontal.

Microscope Koristka. Oc. 2 et 4. Obj. 2, 5, 8.

En sectionnant transversalement le canal semi-circulaire, on voit

1. Sur le désir de l'auteur, toutes les figures et planches seront reportées à la fin de l'article.

beaucoup mieux qu'à l'état normal, les cloisons périostales limitant l'espace périlymphatique : infiltration parvicellulaire des diverses couches de la paroi du canal membraneux (périlabyrinthite aiguë). Le processus semble plutôt récent.

Sur un autre point de la même coupe, on distingue la section transversale d'un canal semi-circulaire correspondant à son ampoule (Fig. 7. Microphotographie). Ici le processus purulent est plus marqué : exsudat abondant dans l'espace périlymphatique qui renferme des amas de lymphocites et des cellules purulentes, qui envahissent en certains endroits le susdit espace : substance hématique issue des vaisseaux avec lesquels elle se mêle ; infiltration parvicellulaire abondante dans toutes les couches du canal membraneux qui paraissent hypertrophiées ; l'infiltration est particulièrement prononcée vers l'ampoule.

L'épithélium du canal est détruit en grande partie, il se distingue toutefois de celui de l'ampoule qui est soulevé en totalité et repoussé contre la paroi opposée ; ses cellules ont perdu leurs cils caractéristiques, et à un fort agrandissement, entre le bord libre de l'épithélium de la crête, et celui de la paroi épithéliale opposée, on voit un petit espace en forme de fissure, occupé par un réseau très ténu de fibrilles de tissu connectif et des petits vaisseaux capillaires se colorant bien au carmin ; dans le réseau, on distingue une substance incolore transparente (substance et tissu hyalin). Les autres régions du labyrinthe semblent moins affectées par le processus phlogistique : lagène normale.

Pigeon n° 2. — Injection pratiquée également dans le canal semi-circulaire, mais un peu plus loin de l'ampoule ; l'animal est sacrifié 5 jours après l'opération, la technique employée a été la même que la précédente.

L'invasion du processus phlogistique périlymphatique, à travers les diverses couches dont se compose la paroi du canal membraneux, est très manifeste ; sur plusieurs points la phlogose a envahi l'espace endo-lymphatique, sur lequel on voit des amas de lymphocytes et des cellules purulentes. L'épithélium est encore suffisamment conservé.

Pigeon n° 3. — Injection de la même culture au carrefour des deux canaux, facile à atteindre sur le pigeon. On sacrifie l'animal au bout de 8 jours. Même technique que précédemment (voir figure 5). Au microscope, on voit un canal sectionné en travers et un autre en long ; cette disposition correspond au croisement des deux canaux. L'exsudat qui envahit l'espace périlymphatique a gagné par endroits l'espace endo-lymphatique ; l'épithélium est soulevé et détruit sur des points limités. Détritus épithéliaux : les signes de phlogose s'atténuent au fur et à mesure que l'on s'éloigne de la partie injectée.

Expériences sur des lapins. — J'obtins 4 fois de bons résultats d'une intervention hémi-latérale sur des lapins, tandis que l'opération bilatérale entraîne souvent la mort de l'animal, aussitôt ou peu après l'intervention. Les animaux furent sacrifiés respectivement 5, 8, 12 et 15 jours après l'opération.

L'injection fut faite à travers la fenêtre ovale que l'on reconnaît aisément sous l'aqueduc de Fallope qui, ayant, chez le lapin, des parois très minces, laisse voir le nerf facial, qui se détache en blanc laiteux sur la paroi labyrinthique de la caisse.

J'atteignai la caisse à travers la bulle qui, chez le lapin, les cobayes, les chats et la plupart des carnivores et des rongeurs, tient la place de l'antre mastoïdien et des cellules pneumatiques contiguës chez l'homme.

En palpant la bulle à travers la peau, à la base de la région postérieure du pavillon, j'arrivai après avoir sacrifié plusieurs animaux à découvrir la bulle sans sectionner trop de vaisseaux ; ces derniers, surtout les vaisseaux veineux, sont très nombreux dans cette région et leur lésion compromettrait l'issue de l'expérience.

Ayant dénudé la fenêtre ovale, j'y injectai à trois reprises de la culture, en introduisant avec précaution la pointe de l'aiguille de façon à dépasser à peine le ligament auriculaire et à tomber dans l'espace périlymphatique, ainsi qu'il advient dans des conditions pathologiques lorsque le pus pénètre par cette voie.

Lapins nos 1 et 3. Ils furent sacrifiés au bout de 8 jours. Section transversale de la capsule labyrinthique. Injection de staphylocoques pyogènes par la fenêtre ovale. Les deux animaux présentèrent des lésions presque semblables [1].

Sur la figure 4 (microphotographie), on distingue un épithélium à éléments bien colorés et les otolithes sont en évidence sur les poils de deux macules de l'utricule et du saccule. Les trajets sus-épithéliaux sont infiltrés de petites cellules rondes, surtout à la hauteur de la *macula sacculi*. La première circonvolution cochléaire contient une substance hyaline et du tissu hyalin. On diagnostique histologiquement une infiltration parvicellulaire de l'espace périlymphatique surtout périsacculaire ; l'infection avait tendance à se propager au limaçon.

Lapin no 2. — On pratique l'injection par le *pelvim ovalem* en poussant l'aiguille contre la paroi interne du vestibule ; l'animal est sacrifié au bout de 12 jours. Section antéro-postérieure de la capsule labyrinthique.

A l'examen, on trouve l'utricule plein de sang, des amas de substance hyaline ; l'épithélium de la macule est détaché et sphacélé ; on voit la coupe transversale d'un canal semi-circulaire dont l'orifice est obstrué par un tissu granuleux très développé ; le tronc nerveux voisin est sectionné transversalement, un autre canal semi-circulaire sectionné transversalement et ouvert semble normal ; le limaçon n'offre aucune lésion (voir fig. 8, microphotographie).

1. Les figures 3 et 4 reproduisent des coupes du labyrinthe du lapin no 3. La figure 3 représente une ampoule du canal semi-circulaire parfaitement saine ; *la crête acoustique* et la *cupule* sont normales malgré l'injection *per pelvim* de la culture ordinaire de staphylocoques (voir à la fin du travail).

Diagnostic histologique. — Les lésions traumatiques et phlogistiques consécutives sont limitées à l'utricule et à un canal semi-circulaire ; le reste du labyrinthe non acoustique est sain et le limaçon ne présente aucune altération.

Lapin n° 4. — Il est sacrifié au bout de 10 jours ; on répète l'expérience du lapin n° 2, et on observe les mêmes lésions, un peu moins évidentes.

Cobayes. — Sur deux cobayes, je mis la bulle à nu par le même procédé que chez le lapin. A la suite de l'ouverture large, j'introduisis la pointe de l'aiguille de la seringue dans la paroi osseuse du limaçon, limée au préalable délicatement au point injecté et perforée avec une fine pointe d'acier faisant l'office de trépan.

Dans un cas où je voulus intervenir bilatéralement, l'animal succomba au bout de quelques instants. Sur deux cobayes, j'injectai sans incidents la culture dans le limaçon.

A l'examen histologique, on voyait que le limaçon était le siège d'un processus phlogistique purulent ; le vestibule et les canaux semblaient indemnes.

Dans un troisième cas, je pratiquai l'injection avec une culture de streptocoques empruntée à un anthrax très virulent du cou ; l'animal mourut en trois jours. Toutes les cavités labyrinthiques et le conduit auditif interne étaient envahis par le pus. Leptoméningite suppurée consécutive et mort.

Les trois voies que j'ai choisies pour l'injection correspondent aux trois voies d'infection les plus répandues dans la pathologie humaine : la *saillie du canal semi-circulaire horizontal*, la *fenêtre ovale* et le *promontoire*. Des expériences ultérieures permettront de tirer des conclusions plus sérieuses, mais n'infirmeront pas au point de vue technique et clinique les résultats acquis. Jusqu'ici aucun des arguments fournis par l'anatomie pathologique et encore moins par la clinique, ne permet d'affirmer l'existence de lésions pyolabyrinthiques circonscrites ; si certains points des résultats expérimentaux sont encore susceptibles de modifications, on est autorisé par mes propres expériences et par les observations dues à Stein, Jansen, Manasse et d'autres auteurs à tirer les conclusions suivantes :

1° Il est probable que l'homme puisse être affecté de labyrinthite purulente circonscrite.

2° Cette affection serait en rapport avec la virulence de l'infection, le point de pénétration et la portion du labyrinthe que les agents infectieux attaqueraient tout d'abord.

Je crois pouvoir décréter deux préceptes importants :

1° Le pronostic des labyrinthites suppurées sera plus bénin quand on pourra conclure à un processus circonscrit, de préférence à un canal ou à des canaux qu'au vestibule.

2° Quant au traitement, il faudra ouvrir le moins possible, mais pourtant suffisamment pour éviter de transformer une labyrinthite circonscrite en une panlabyrinthite qui entraînerait de graves conséquences. C'est ce que conseille de Stein à propos d'un malade chez qui il trouva du pus et des granulations dans le canal horizontal et le vestibule qu'il ouvrit et râcla convenablement. Pour le limaçon, il s'exprime ainsi : « *Comme je n'ai pas vu de pus du côté du limaçon, je ne l'ai pas curetté.* » Le malade guérit, mais les fonctions vestibulo-canaliculaires furent abolies, l'audition subsista partiellement[1].

III

Sur les lésions du labyrinthe non acoustique dans les phlogoses purulentes.

Après ce que j'ai exposé, je crois devoir parler des diverses lésions anatomo-pathologiques signalées dans la littérature et confirmées en grande partie par mes expériences, pour les différentes formes de labyrinthites purulentes. Le labyrinthe non acoustique, lorsqu'il devient le siège d'une infection purulente présente une série d'altérations, en partie phlogistiques, en partie dégénératives, dont la proportion varie selon le siège de l'infection (para-, péri-, endo-labyrinthite), la forme (aiguë, subaiguë et chronique), et d'autres circonstances parmi lesquelles prédomine la virulence des agents infectieux (scarlatine, bacilles, anaérobies, etc.), l'atténuation de la résistance du sujet et d'autres conditions prédisposantes et déterminantes que nous avons déjà énumérées.

La *paralabyrinthite suppurée* est peu répandue, elle advient par l'infection due à la propagation de suppurations de la caisse et des cavités annexes au système de cellules pneumatiques qui enveloppent comme un manteau le labyrinthe osseux. C'est ce qui se produit parfois dans les cellules occupant le plancher de la caisse, qui s'étendent assez fréquemment dans la direction médiane jusqu'au conduit auditif interne (elles environnent l'ampoule du canal semi-circulaire postérieur) et aux cellules qui exceptionnellement occupent la paroi interne de l'*aditus*, immédiatement en avant de la *saillie du canal semi-circulaire horizontal* et enfin à celles qui sont situées immédiatement au-dessous du canal semi-circulaire supérieur en correspondance avec la fosse subarcuée et communiquent avec l'antre par le canal translabyrinthique.

1. *Ann. mal. or. et lar.*, tome XXXI, p. 42.

Les phénomènes que l'on observe dans ces cellules osseuses sont des symptômes d'ostéopériostite suppurée dus à des micro-organismes originaires pour la plupart de la caisse du tympan; à la période aiguë, les cavités pneumatiques se remplissent d'un exsudat purulent mêlé à des détritus provenant du détachement du revêtement mucopériostal des cellules ; par la suite, on peut assister à la nécrose aiguë de portions osseuses plus ou moins étendues où la formation d'un tissu granuleux peut favoriser l'oblitération des cavités pneumatiques par du tissu fibreux et osseux. Dans ce dernier cas, l'os néoformé s'est constitué aux dépens de la couche ostéoblastique du périoste fin et il se produit l'éburnation si commune dans les cellules mastoïdiennes proprement dites.

Quelquefois, la capsule labyrinthique reste compacte et le labyrinthe membraneux demeure à l'abri; parfois au contraire, la lame compacte du labyrinthe s'use par la compression ou sous l'action de l'ostéite et de la carie propagée par les foyers de suppuration adjacents, la compression des exsudats, des granulations et de leurs produits morbides; alors le pus envahit l'espace périlymphatique. C'est ce qui se vérifie assez souvent, surtout chez les tuberculeux, par suite de l'infection des cellules pneumatiques du plancher de la caisse, avec ouverture du canal semi-circulaire postérieur au voisinage de son ampoule et de la partie inférieure du limaçon par les cellules péritubaires[1]. Ainsi l'infection des cellules pneumatiques correspondant à la fosse subarcuée n'entraîne que l'ouverture de canaux verticaux ou du canal supérieur. Habermann[2] a observé un cas dans lequel l'infection des cellules mastoïdiennes se propagea par la voie du *canal subarcué* ou translabyrinthique, aux cellules pneumatiques, provoquant un abcès extradural, qui s'ouvrit dans le canal semi-circulaire supérieur en produisant la suppuration totale du labyrinthe (panlabyrinthite).

On assiste plus fréquemment à l'infection des cellules pneumatiques que l'on rencontre parfois sur la paroi interne de l'aditus, correspondant à *la saillie du canal horizontal* où la retention du pus est plus commune et qui est le lieu d'élection des masses cholestéatomateuses.

Selon des vues très modernes, l'atmosphère osseuse qui environne le labyrinthe peut être le siège de processus ostéomyélitiques consécutifs à des otites moyennes. Luc[3] déclare que si

1. Gœrke. Naturforscherversamml. Breslau, 1904.
2. *Arch. f. Ohrenh.* Bd. 142.
3. *Sur l'ostéomyélite des os plats du crâne* (Congrès intern. d'otologie. Bordeaux, 1904).

l'ostéomyélite des os plats du crâne attaque de préférence l'os frontal, elle n'est pas très rare dans la mastoïde et le temporal. La maladie a parfois une marche aiguë, tantôt elle subit des temps d'arrêt. Il arrive qu'elle chemine insidieusement dans le diploë à l'insu du malade et du médecin ; Guisez [1] a vu une récidive quinze mois après l'opération ; en ce cas, il faut admettre que les colonies pyogènes sont demeurées inactives pendant leur séjour dans le diploë. Souvent l'intervention produit une aggravation et l'expansion des lésions, aussi Laurens [2] préconise l'abstention. Vu sa rareté, la paralabyrinthite de cette nature ne présente pour nous qu'un intérêt relatif.

Lorsque la suppuration s'étend à l'espace périlabyrinthique, elle entraîne l'ouverture du canal semi-circulaire horizontal et l'infection consécutive : en ce cas le processus peut se circonscrire ou se propager ainsi qu'on le voit sur les préparations anatomo-pathologiques de la Clinique otologique de Rome.

La périlabyrinthite suppurée provient de la pénétration des microbes pyogènes dans l'espace périlymphatique du labyrinthe, déterminée par les causes énoncées plus haut. Elle peut revêtir divers aspects cliniques : *a*) abcès ouvert dans les formes consécutives aux otites moyennes chroniques (simples, tuberculeuses, post-scarlatineuses, etc.), qui provoquent la nécrose de certaines régions de la paroi labyrinthique et la formation de voies de communication souvent macroscopiques ; *b*) abcès fermé dans les formes aiguës où la propagation est due à des foyers d'ostéite limités, qui transmettent l'infection au labyrinthe sans ouvrir de voies de communications directes.

En examinant nos pièces de périlabyrinthites expérimentales, nous observons au début de l'infection la réplétion des vaisseaux sanguins qui accompagnent les cloisons périostales limitant la cavité périlymphatique, cloisons qui deviennent ainsi plus évidentes ; parfois on observe de petites hémorragies dues à la rupture des capillaires ; l'endothélium est altéré par places et détruit en certains endroits. Ensuite la cavité périlymphatique est envahie par un exsudat mêlé de lymphocytes ; les tissus limitrophes sont en proie à des infiltrations parvicellulaires plus ou moins intenses. Sur la pièce de la figure 1, provenant d'un lapin soumis au passage rapide d'un milieu condensé à un milieu raréfié, on voit un canal semi-circulaire sectionné transversalement, comprimé par du liquide (transsudat ?) recueilli dans la

1. Congrès int. d'otol., Bordeaux, 1904).
2. *Ibidem.*

cavité périlymphatique : l'espace endolymphatique est réduit à des proportions minimes et tend à se restreindre toujours davantage.

Si l'infection n'est pas trop virulente et que le processus tende à la chronicité ou à se circonscrire, les éléments du trajet ostéoblastique du périoste (endostium) demeurent excités dans leur activité de formation par le stimulant phlogistique et on voit apparaître un tissu spongieux néoformé, qui remplit assez souvent toute la cavité du canal semi-circulaire en détruisant totalement le canal membraneux, de sorte que dans les sections transversales du temporal décalcifié, l'orifice canaliculaire disparaît complètement et on reconnaît seulement au microscope, à un grossissement suffisant, le point correspondant qui est oblitéré par du tissu spongieux. Ces faits se vérifient dans le vestibule et dans le limaçon [1]. Sur quelques-unes de mes préparations, provenant d'animaux sacrifiés plusieurs jours après l'injection expérimentale, les canaux semi-circulaires sectionnés transversalement étaient obstrués par du tissu granuleux bien développé : ce résultat expérimental est comparable à ce que l'on observe sur l'homme malade (fig. VIII).

C'est surtout dans les formes infectieuses simples que l'on rencontre ces néoformations osseuses et souvent fibreuses qui, parfois, au lieu d'oblitérer l'orifice du canal, se bornent à reconstituer la paroi du canal osseux détruite : Zeroni a vu chez un malade la reconstitution d'un canal semi-circulaire osseux détruit. Les caractères histologiques du tissu spongieux de néoformation sont presque semblables à ceux que divers auteurs ont décrits dans l'otosclérose, avec la différence que « *dans les pyolabyrinthites nous connaissons le stimulant anormal qui provoque la néoformation, tandis qu'il nous est inconnu dans la sclérose auriculaire* » (Gradenigo). Ces néoformations entraînent l'abolition des fonctions, mais aussi la guérison chirurgicale des pyolabyrinthites.

Le plus souvent, les symptômes exsudatifs et infectieux ont le pas sur ceux de néoformation, et l'infection se propage à l'espace endolymphatique soit par la continuité du processus à travers les espaces périlymphatiques, soit par le moyen des vaisseaux et alors se développe l'*endolabyrinthite suppurée*.

Comme on le voit sur nos préparations d'endolabyrinthite expérimentale, les phénomènes d'infiltration parvicellulaire sont

1. Voir les autopsies citées par Politzer (*Traité d'otologie*, trad. française de Joly, p. 660).

plus accusés que dans la périlabyrinthite ; on trouve des granulations et du pus, des caillots sanguins dans l'orifice du conduit, dans l'utricule, le saccule et le limaçon dans les panlabyrinthites, tandis qu'en cas de labyrinthite circonscrite, ces régions demeurent indemnes. Ordinairement les signes de dégénérescence, le décollement, la nécrose des éléments constituant l'épithélium nerveux sont assez graves et étendus; certaines régions sont occupées par des amas de substance homogène vitreuse qui se colore faiblement par le carmin alluminique et les couleurs nucléaires ; on la considère comme une *substance hyaline* qui, d'après Recklinghausen, provient vraisemblablement de la sécrétion ou de la transformation dégénérative des cellules épithéliales; ces amas que nous désignerons avec Manasse [1] sous l'appellation de *substance hyaline* sont quelquefois traversés, ainsi qu'on le voit sur nos préparations, par de petits vaisseaux ténus et de petites cellules rondes (cellules connectives juvéniles); la substance hyaline assume alors le caractère d'un tissu (tissu hyalin). J'ai aussi trouvé de la substance hyaline à l'état normal, mais la plupart du temps dans les rampes cochléaires.

Par la suite, si la suppuration est entretenue par des microorganismes très virulents, la paroi osseuse du labyrinthe est en proie à une nécrose plus ou moins aiguë; la surface de l'os devient rugueuse par la formation d'ostéoclastes et la présence des lacunes de Howship et on peut observer ultérieurement la propagation de l'infection purulente au crâne et la formation de séquestres comprenant le labyrinthe en totalité ou en partie. On observe ces faits chez les tuberculeux [2], mais surtout dans les labyrinthites consécutives à la scarlatine, par suite de la thrombose septique de l'artère cochléaire propre, terminale d'après Cohnheim et dont Siebenmann a démontré l'autonomie territoriale. On comprend que le vestibule et les canaux, nourris par les autres branches de l'artère cochléaire, soient respectés [3]. Dans un cas récemment décrit par Escat [4], c'est le limaçon qui était principalement affecté.

Manasse et Friedrich [5] ont décrit, au cours des lésions phlogistiques de la capsule périotique de l'homme, des altérations particulières (dilatations) de certains canalicules osseux, que les

1. *Zeits. f. Ohrenh.* Bd 44, 1903.
2. Voir les importants travaux de Bezold.
3. Steinbrügge. Anat. path. de l'oreille.
4. *Trois cas d'élimination spontanée du limaçon* (Congrès intern. d'otol. Bordeaux, 1904).
5. *Deuts. otol. Gesells.*, 1897, et *Ann. mal. Or. et Lar.*, tome I, 1907.

auteurs baptisent espaces interglobulaires. Ce sont de longs canaux cylindriques ayant des ramifications qui communiquent avec les espaces voisins et sont munis de parois osseuses, d'où font issue dans la lumière des canalicules, des globules osseux renfermant un noyau de substance cartilagineuse modifiée. Ces canaux ont été décrits dans les processus d'ossification du cartilage normal, puis ils disparaissent chez l'adulte; d'après Manasse et Friedrich, ces espaces globulaires cartilagineux subsisteraient dans l'os normal adulte en correspondance de la capsule labyrinthique. Je n'ai pu confirmer cette opinion d'après l'examen microscopique de temporaux humains; de toute manière, aucun auteur, que je sache, n'a confirmé par des recherches personnelles l'existence de ces espaces et leur altération dans les phlogoses de la capsule labyrinthique osseuse; aussi faudra-t-il leur consacrer des études ultérieures. Dans les cas où la suppuration tend à se restreindre, ce sont les phénomènes de régénération et de cicatrisation qui ont le pas sur les symptômes de nécrose et de dégénérescence de toutes les couches constituant le labyrinthe osseux et membraneux. Les vaisseaux sanguins de formation phlogistique acquièrent une organisation plus complète, le tissu connectif juvénile se transforme en tissu cicatriciel fibreux et même en tissu osseux poreux, ostéophytique. L'espace périlymphatique des pigeons n'étant pas limité comme celui de l'homme par des cloisons périostales nombreuses et résistantes, il est plus facile de circonscrire chez l'homme les hémorragies et les phlogoses à des régions restreintes de l'espace périlymphatique.

Me basant sur mes recherches, je crois que la néoformation osseuse a toujours un siège périlymphatique primitif comme la couche ostéoblastique du périoste, dont elle tire son origine; de même que les couches histologiques composant le labyrinthe membraneux, le trajet périostal a aussi un siège périlymphatique. Même en voulant conférer les attributions du périoste à la couche plus extérieure qui comprend la paroi du canal membraneux, ce qui est douteux, il demeure séparé de la cavité endolymphatique par deux tuniques, l'une épithéliale, l'autre fibreuse, dont nous avons détaillé les couches au chapitre de l'anatomie.

Du reste, je pense que c'est habituellement dans l'espace périlymphatique que se développent les accidents initiaux de la plupart des infections originaires de la caisse et du crâne et ce n'est qu'ultérieurement que cette infection envahit l'espace endolymphatique par continuité ou par des relations vascu-

laires, tout au moins quand la porte d'entrée de l'infection ouvre directement dans l'espace périlymphatique; ceci se vérifie au niveau de la fenêtre ovale (conduisant au confluent périlymphatique) et de la *saillie du canal semi-circulaire supérieur* dans le labyrinthe non acoustique.

Il est des cas moins nombreux dans lesquels l'infection gagne immédiatement l'espace endolymphatique, surtout lorsque le pus y pénètre directement (fenêtre ovale, sac endolymphatique).

(*A suivre.*)

XIV

LA PHARYNGO-LARYNGITE ULCÉREUSE DE LA FIÈVRE TYPHOIDE

Considérations générales ; observations.

Par **CLAUDA** (de Carcassonne).

L'angine pharyngée catarrhale est assez fréquente au début de la fièvre typhoïde.

Trousseau et Bretonneau ont été les premiers cliniciens qui l'aient signalée.

L'angine est ordinairement bénigne. Elle prend un caractère plus sérieux si son évolution est lente, ou si son apparition est tardive. On constate alors sur les piliers, sur les amygdales, sur la luette des ulcérations bien limitées, lisses, gris-jaunâtres, *ulcérations de Duguet.*

Ces ulcérations précèdent le plus souvent les taches rosées. Elles déterminent une dysphagie assez prononcée. Généralement leur cicatrisation est assez rapide, comme il m'a été permis de le constater dans cinq cas.

M. le professeur Letulle considère les ulcérations de Duguet comme pathognomoniques de la dothiénentérie. Elles constituent un véritable diagnostic clinique, qui devra toujours s'appuyer sur un diagnostic bactériologique (ensemencement du sang, séro-diagnostic de Widal, diazo-réaction d'Ehrlich).

L'observation suivante vient à l'appui de cette manière de voir :

Observation I (juillet 1908).

M. X..., 25 ans, se plaint de courbature, d'inappétence, de céphalée. La déglutition est douloureuse depuis 4 jours. La température est à 37°9.

L'examen de la gorge permet de constater sur les piliers, sur la luette des ulcérations gris-jaunâtres, lisses, bien limitées.

Le malade n'a jamais eu de syphilis et ne présente aucune éruption sur la poitrine, le ventre, le dos et les membres.

L'aspect très spécial des lésions pharyngées, le souvenir des assertions de M. le professeur Letulle nous font poser le diagnostic de fièvre typhoïde.

L'ensemencement du sang, l'épreuve de l'agglutination démontrèrent la justesse du diagnostic clinique.

L'évolution ultérieure de la dothiénentérie fut normale.

La concomitance d'érosions, d'ulcérations laryngées est une complication très grave.

On peut craindre une issue fatale surtout lorsque les cordes vocales sont envahies. Un œdème laryngé se déclare et l'asphyxie imminente nécessite la trachéotomie. L'opération ne donne le

plus souvent qu'un résultat négatif. Le malade succombe car l'affection se propage, dans la majorité des cas, jusqu'au delà de l'incision trachéale.

J'ai eu l'occasion de voir un cas de ce genre et j'ai cru bien faire en le reproduisant.

Observation II (avril 1908).

M. X..., 38 ans, est atteint depuis une quinzaine de jours d'une fièvre typhoïde. Le malade, dont la faiblesse est extrême, se plaint d'une dysphagie prononcée. La respiration est très difficile, bruyante ; la voix est presque éteinte.

Il n'existe aucune trace de syphilis, ni de tuberculose.

On constate sur les piliers, les amygdales, les ulcérations caractéristiques de Duguet.

L'examen laryngoscopique nous montre un œdème généralisé à tout le larynx.

La corde vocale gauche présente une ulcération qui se propage sur l'aryténoïde du même côté.

L'asphyxie nous paraissant imminente, une trachéotomie est proposée.

Le résultat de l'intervention fut négatif. Malgré les soins les plus empressés, le malade ne tarda pas à succomber.

Les ulcérations laryngées de la fièvre typhoïde peuvent évoluer à l'état chronique et déterminer d'autres complications redoutables et souvent mortelles : collections purulentes, nécrose des cartilages, rétrécissement du larynx.

Comment expliquer cette localisation de l'infection éberthienne sur le pharynx et sur le larynx ?

Les travaux de Mathias Duval, de Coyne, ont nettement démontré l'analogie complète de structure histologique, qui existe entre la muqueuse pharyngo-laryngée et la muqueuse intestinale.

Les deux muqueuses sont constituées par des follicules clos et un tissu réticulé lymphoïde. *Les plaques de Peyer* sont, de fait, les amygdales de l'intestin.

Il n'est pas, dès lors, surprenant que le bacille d'Eberth, dont on connaît la localisation préférencielle, provoque dans les deux régions des lésions semblables : congestion intense, tuméfaction, perturbations sécrétoires, ulcérations.

Dans la diphtérie, on observe quelquefois un processus, un mécanisme tout à fait comparable.

A l'autopsie récente d'un enfant mort de diphtérie, nous avons trouvé dans les intestins plusieurs plaques et ulcérations diphtériques, en particulier sur les plaques de Peyer.

II. — SÉMÉIOLOGIE

SUR L'IMPORTANCE DU MICROPHONE POUR L'EXAMEN FONCTIONNEL DE L'AUDITION [1]

Par le Prof. **Gherardo FERRERI** (de Rome).

Il règne encore une grande obscurité au sujet de l'examen fonctionnel de l'audition et journellement le clinicien se trouve aux prises avec des problèmes complexes qui mettent à l'épreuve les intelligences les mieux exercées à ce genre de recherches. Le plus souvent, il ne s'agit pas de savoir si la fonction acoustique d'un sujet s'écarte de la normale, et de diagnostiquer si l'appareil percepteur du son est lésé ou non, ou si la portion acoustique est compromise, ou enfin si les deux lésions coexistent; mais il s'agit de découvrir en cas d'accident et de simulation, ce qu'il y a de vrai dans l'infirmité dont se plaint le malade. On peut dire qu'un grand progrès a été réalisé de ce côté, tandis qu'il règne toujours beaucoup d'incertitude vis-à-vis d'une autre catégorie non moins importante de cas dans lesquels l'auriste est mis en demeure d'établir si le sujet examiné entend aussi bien qu'il le prétend.

Qu'il suffise de signaler les personnes qui, pour leurs occupations ont besoin de posséder une bonne ouïe; l'intégrité de la fonction constituant une *conditio sine qua non* pour leur carrière, elles accusent une audition excellente alors qu'elle est défectueuse et ont recours lors des examens à des artifices de toute sorte pour cacher leur infirmité. Certains troubles intellectuels et de la parole provoquent chez les enfants un affaiblissement auditif, sans que les parents ni les médecins remarquent de phénomènes accentués du côté de l'oreille. Je ne crois pas m'avancer trop en déclarant que, pour les lésions du labyrinthe non acoustique, la compression du nerf vague permet de reconnaître quels sont les vertiges imputables aux canaux semi-circulaires et ceux qui proviennent du système nerveux central; dans le premier cas la pression du nerf vague sur la colonne ne provoque pas de vertige, tandis que le fait se vérifie dans le second cas.

Mais pour ceux qui affirment qu'ils entendent bien lorsque nous voulons nous assurer du fonctionnement auditif, les diffi-

1. Communication au Congrès de la Société italienne de laryngologie, otologie et rhinologie, Turin, octobre 1908.

cultés sont plus complexes, vu qu'il s'agit non seulement de mesurer les variations auditives de l'intensité du son, mais de s'assurer si le sujet est capable de suivre une conversation. Aussi, à mon avis, tous les instruments imaginés par les auristes et les psychologues pour mesurer l'acuité auditive n'ont-ils pas la valeur pratique des appareils fondés sur l'examen de la parole. Il me semble que les travaux effectués dans les écoles au moyen d'audiomètres spéciaux pour reconnaître si les enfants sont en état de percevoir le son partent d'un principe erroné.

Tout en ne déniant pas les mérites des audiomètres téléphoniques de Seashore et de Stefanini, basés sur le principe de la lame vibrante incluse dans le rochet secondaire d'un circuit actionné par une pile sèche et en reconnaissant leur utilité pour les expériences de laboratoire, nous croyons qu'en unissant le phonographe au microphone téléphonique on obtient un dispositif instrumental mieux adapté aux besoins de la pratique.

Il est regrettable que tant de discussions académiques et de nombreuses études expérimentales dues à des physiciens et à des otologistes n'aient pu réussir à établir l'accord sur le meilleur audiomètre universel pouvant être adopté par les écoles et les cliniques et dans les expertises pour relever exactement les vices de perception du son et surtout de la parole. C'est surtout au point de vue pédagogique que la question est importante, attendu qu'il est inadmissible que l'instruction et l'éducation de nombreux écoliers soient entravées et parfois arrêtées par une altération de l'ouïe demeurée cachée et à laquelle souvent on aurait pu remédier. Non seulement il est indispensable que les élèves soient examinés à leur entrée, mais il faut que la fonction auditive soit chaque année examinée à nouveau avec un audiomètre d'une précision irréfutable. Frank Allport dit qu'aux États-Unis, sur vingt millions d'écoliers, huit millions sont atteints d'affections auriculaires qui les empêchent de faire de bonnes études, mais que sitôt que la lésion est reconnue, la plupart d'entre eux pourraient, par des soins appropriés, recouvrer l'audition, ce qui diminuerait notablement le nombre des mauvais élèves. Par malheur, en Italie, les hygiénistes éducateurs et législateurs n'ont pas encore secoué leur apathie à ce point de vue, et c'est là une des raisons pour lesquelles les écoles grèvent lourdement les intérêts du pays en jetant sur le marché du travail et de la lutte pour la vie un contingent formidable d'individus épuisés, ignorants, débilités physiquement et surtout dans leur système nerveux, présentant une incapacité mentale impossible à améliorer. Il est certain que les infirmités visuelles et auditives

des enfants entravent l'instruction et l'éducation, aussi avec raison, Frank Allport fait-il remarquer qu'aux États-Unis la plupart des criminels appartiennent à la catégorie des trente mille enfants que l'on écarte annuellement des écoles publiques pour des maladies parmi lesquelles sont comprises les lésions des yeux et des oreilles.

Il est certain qu'une enquête dans les prisons et les maisons de correction italiennes confirmerait l'opinion d'Allport, d'après laquelle la majeure partie des criminels a subi dans la période critique de l'existence un arrêt intellectuel et moral, et que souvent dans les écoles on a méconnu des tares physiques qui si elles avaient été décelées à temps auraient rétabli l'évolution normale des sujets. La vue et l'ouïe sont les principales voies de transit par lesquelles s'accumulent dans les centres corticaux de l'écolier les principales impressions qui deviendront son patrimoine d'éducation et d'instruction. A notre avis, plutôt que les familles, ce sont les autorités scolaires et parmi elles les médecins inspecteurs qui devraient être responsables de l'ignorance régnant au sujet des défauts des enfants qu'il aurait fallu corriger en même temps que les parents ignorants devraient être prévenus. Les études devraient être en harmonie avec l'état du cerveau et des organes sensitifs et il aurait fallu éviter de classer ces malheureux parmi les incapables. Aux États-Unis, on applique presque partout un examen annuel et systématique de la vue et de l'audition dans les écoles; les institutions en consignent les résultats sur une fiche (*Card of warning*) qu'ils remettent aux parents et sur laquelle ils signalent les causes entravant les études, de manière à ce que les élèves puissent être soignés à temps pour ne pas être retardés.

Quand on envisage les altérations auditives observées chez les enfants au cours de la période scolaire, on se demande s'il existe une connexion entre le défaut de perception auditive et la paresse intellectuelle. Ce problème a vivement intéressé les autorités scolaires de Chicago. Macmillan, dans son rapport sur l'examen fonctionnel de l'ouïe des élèves des écoles publiques de Chicago, fait remarquer que non seulement les élèves sourds ou semi-entendants sont plus petits et moins robustes que les entendants normaux, mais que les enfants dont l'état mental est bon présentent généralement une meilleure acuité auditive. Ceci ne veut pas dire, ajoute Macmillan, que les enfants sourds ne puissent avoir l'intelligence éveillée, mais on peut conclure qu'en thèse générale, les tares de l'ouïe entravent le développement intellectuel des écoliers. Bien que basées sur un nombre trop restreint

d'observations, les conclusions de Macmillan concordent pleinement avec celles de Gratzianoff et de W. Townsend, de Porter, de Saint-Louis. Jamais on n'aurait supposé que les rapports entre l'audition et la vie scolaire eussent donné l'essor à d'aussi nombreux problèmes scientifiques.

Au point de vue de la morbidité auriculaire eu égard à l'âge des élèves, Macmillan a relevé à six ans, c'est-à-dire au début de l'existence scolaire, une proportion de 11 1/4 % de tares auditives ; ce nombre va croissant et atteint son apogée à l'âge de huit ans, peut-être parce qu'à cette époque les affections catarrhales des voies respiratoires sont plus répandues et sans doute aussi parce que l'organisme éprouve les effets nocifs du changement de vie et d'habitudes. A partir de huit ans, la fréquence diminue et descend au minimum à l'âge de douze à treize ans, époque où l'organisme se développe de même que les organes sensoriels et où l'enfant résiste davantage à la maladie.

Ces réflexions s'appliquent aux affections mono- ou bi-auriculaires.

Relativement à l'influence que les altérations sensorielles de l'ouïe et de la vision exercent sur la jeunesse, Macmillan dit que jusqu'à huit ans les tares auditives ont peu d'action sur les retards scolaires.

Après huit ans, l'auteur a séparé pour chaque école les enfants normaux et les arriérés et il a rencontré un grand nombre de sourds parmi ces derniers. Souvent la surdité était accompagnée de vices de prononciation et d'autres anomalies. Nous nous sommes proposé dans nos expériences de scruter de la façon la plus pratique l'état de l'organe de l'ouïe chez les écoliers et d'établir les divergences fondamentales régnant entre l'examen par l'audiomètre et l'examen par la parole.

Il faut confesser que l'Italie est fort en retard pour ces recherches dont l'intérêt fut signalé dès 1894 dans une intéressante lettre ouverte sur les maladies de l'oreille chez les élèves des écoles primaires qu'Aveledo adressa au conseil municipal de Milan.

Avoledo concluait que les affections auriculaires, même graves, étaient fréquentes parmi les écoliers et qu'il fallait non seulement les examiner lors de leur admission, mais encore renouveler périodiquement cet examen, afin de signaler aux instituteurs les élèves qui entendent mal et avertir les parents de l'urgence des soins à donner.

Finalement Avoledo insiste sur la nécessité de créer pour les enfants atteints d'affections auriculaires, des écoles spéciales

dans lesquelles on remédierait à l'imperfection physique par des moyens pédagogiques appropriés.

Ainsi que nous l'avons dit au début, il faut étendre notre champ d'investigation et ne pas nous borner à reconnaître par des moyens pratiques si l'arrêt de développement intellectuel des enfants est dû à un affaiblissement du pouvoir auditif, mais on cherchera à découvrir si un sujet, de quelque âge soit-il, perçoit la voix parlée. Dans tous les cas, comme nous l'avons fait observer, les moyens d'examen actuellement adoptés ne permettent pas de déceler la forme de surdité dans laquelle tout en percevant le tic-tac de la montre et les sons musicaux, le malade est incapable de suivre une conversation; il est des cas où l'on observe une notable disproportion entre l'audition musicale et celle de la voix. Deux ou trois observations que nous rapporterons militent en faveur de notre opinion.

Observation I. — R. C., charbonnier, âgé de 41 ans, ne présente rien de particulier tant dans ses antécédents personnels que collatéraux.

Depuis quelque temps il s'est aperçu que son audition baissait bilatéralement. En mai dernier, il souffrit d'une otite suppurée aiguë droite, compliquée de mastoïdite pour laquelle il fut opéré à la Clinique et qui guérit au bout d'un mois.

Le malade est normalement constitué et paraît robuste. Subjectivement il accuse une surdité qui lui permet toutefois de se mêler à la vie sociale, vu qu'il perçoit suffisamment la voix parlée.

Examen fonctionnel : Weber latéralisé à gauche. Rinne négatif des deux côtés. Les diapasons de Bezold sont perçus tant par la voie aérienne qu'à travers les os. Les baguettes de Kœnig sont toujours entendues de même que le sifflet de Galton.

Montre { oreille droite 50/500.
oreille gauche 30/500.

Voix aphone : 0 à droite et à gauche.

La *voix parlée* est perçue à 1 mètre à droite et à 8 centimètres à gauche.

On ne découvre aucune altération à l'examen fonctionnel du labyrinthe non acoustique.

Les diverses épreuves effectuées avec le microtéléphone démontrent que le malade n'entend aucun son articulé, émis soit à voix basse, soit à voix haute, des deux côtés, alors même qu'il tient le récepteur au contact immédiat du pavillon.

A l'examen otoscopique, on relève des signes d'otite catarrhale bilatérale. Sur la région postéro-supérieure droite, on remarque une ligne de tissu cicatriciel.

Observation II. — L. R., 18 ans, mécanicien, n'offre rien de remarquable dans ses antécédents. Au sujet de sa maladie actuelle, il

raconte que depuis le mois de février dernier, il souffre de crises d'otalgie qui se répètent tous les 15 ou 20 jours et qui occasionnent un bourdonnement intense et de la surdité. Jamais le malade n'a eu de suppuration auriculaire ; il est normalement constitué, mais très anémié.

A l'examen fonctionnel de l'oreille, on relève ce qui suit :

Weber latéralisé à droite.

Rinne positif des deux côtés.

Les *diapasons de Bezold* sont tous perçus par les voies aérienne et osseuse.

Perception des baguettes de Kœnig.

Montre { oreille droite 200/500.
oreille gauche 150/500.

Voix aphone perçue à 2 mètres à droite et à 50 centimètres à gauche.

La conversation est entendue normalement par les deux oreilles.

Pas d'altérations du labyrinthe non acoustique.

L'examen au microphone démontre que le malade tout en percevant la voix aphone et la conversation n'entend pas les sons articulés.

A l'otoscopie on découvre des phénomènes hyperhémiques chroniques attribuables à une sténose de la trompe.

La rhinoscopie postérieure révèle l'existence d'une grosse amygdale pharyngée qui rejoint le pavillon de la trompe d'Eustache.

Observation III. — D. D., employé, âgé de 60 ans, ne présente rien de particulier comme antécédents. Il jouit d'une parfaite santé jusqu'à 52 ans, époque à laquelle il souffrit d'une polyarthrite et commença à accuser des troubles cardiaques attribués par les médecins consultés à une insuffisance mitrale. Le malade n'est ni alcoolique, ni syphilitique ; marié trois fois il est père d'une nombreuse lignée, et sauf 4 enfants, morts en bas âge, les autres jouissent d'une excellente santé.

L'affection actuelle remonte au mois de mai 1907 ; elle se déclara brusquement. Au moment de sortir, le malade fut pris d'un malaise, il commença à balbutier des paroles incompréhensibles et fit entendre par gestes qu'il était devenu sourd bilatéralement. Sans tomber ni perdre connaissance, il eut des mouvements convulsifs. Il essaya d'écrire, mais ne réussit à tracer que des mots sans suite.

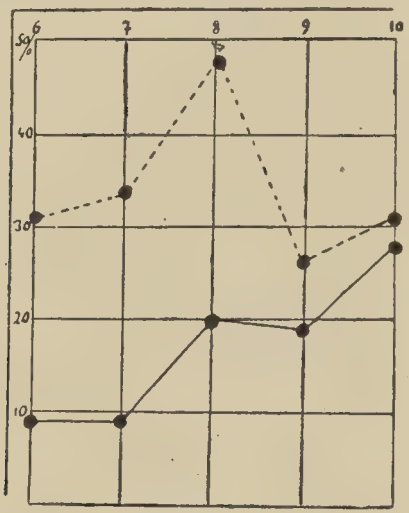
Un neurologiste qui l'examina le jour même, diagnostiqua une lésion du lobe temporal gauche ayant déterminé une aphasie sensorielle.

Le malade normalement constitué est anémié, affaibli. A l'examen fonctionnel de l'organe de l'ouïe on ne découvre aucune altération de l'appareil de perception. Les diapasons sont perçus dans tous les tons, de même que les baguettes de Kœnig et le sifflet de Galton ; la montre est aussi entendue des deux côtés, mais le malade est incapable de répéter verbalement le son ou le bruit perçus. Le labyrinthe non acoustique est indemne. *Au microphone, le malade perçoit la rumeur produite par la voix, mais il est incapable de répéter aucune lettre.*

*
* *

Afin de vérifier si réellement il pouvait exister une sorte de contradiction entre l'état apparemment satisfaisant de l'audition et une insuffisance acoustique, j'ai entrepris quelques expériences sur les enfants d'un patronage sis dans un quartier populeux où l'hygiène physique et morale laisse fort à désirer.

Ma statistique n'étant pas riche, ce travail ne constituera qu'une



La ligne noire indique le pourcentage des lésions mono-auriculaires selon l'âge.

La ligne pointillée désigne le pourcentage des lésions bi-auriculaires d'après l'âge.

note préliminaire. On a adopté un mètre comme moyenne normale de l'audition au microphone tant pour la voix aphone que pour la conversation. Sur cent quatre-vingts enfants examinés, comprenant quatre-vingt-trois filles et quatre-vingt-dix-sept garçons, vingt-sept avaient une mauvaise oreille et les soixante-sept derniers entendaient mal des deux côtés.

Le diagramme suivant sert à démontrer les résultats expérimentaux.

Pour conclure, je dirai que dans la pratique, pour les examens sommaires, je préfère le microtéléphone, mais il reste encore à savoir s'il suffit de borner uniquement l'examen fonctionnel aux

sons, étant donné que beaucoup de personnes qui entendent parfaitement les sons musicaux offrent des lacunes et même sont incapables de percevoir la conversation ou la voix aphone.

BIBLIOGRAPHIE

Allport (Frank). The eyes and ears of school children (*Medicine*, Chicago, avril 1906).

Macmillan (P.). Some results of hearing tests of Chicago schoolchildren (*Medicine*, avril 1902).

Tommasi (I.). L'acumetro del Prof. Stefanini (Comptes rendus du IX^e^ congrès de la Soc. Ital. de Lar. Otol. et Rhin., p. 235, 1906).

Tommasi (I.). Dimostrazione di un nuovo acumetro telefonico del Prof. Stefanini (*Arch. Ital. di Otol. Rin. e Lar.*, vol. XVII, 1906).

Seashore (L. E.). An audiometer (Études de psychologie de l'Université de Iowa, vol. II, 1899).

Krauskopf (C.). Some results of sight tests of Chicago schoolchildren (Procès-verbaux de l'Association médicale de l'Illinois, 1900-1901).

Avoledo (P.). Le malattie dell' orecchio negli allievi delle scuole elementari (*Arch. Ital. di Otol. Rin. e Lar.*, vol. II, 1894).

Stenger. Simulation et dissimulation des maladies d'oreille et moyens de les découvrir (*Deuts. med. Woch.*, 13 juin 1907).

III. — PHYSIOLOGIE

LES CENTRES DIAPHYLACTIQUES [1]

Par **Pierre BONNIER** (de Paris).

On doit admettre aujourd'hui que, pour se défendre contre les agents pathogènes qui l'ont pénétré, l'organisme emploie un procédé de digestion tout à fait comparable à celui qui a pour objet l'alimentation. Dans le cas de la nutrition, des éléments, fixés sur la paroi du tube digestif ou dans des diverticules glandulaires, sécrètent des sucs capables d'attaquer toutes les variétés alimentaires, les absorbent et excrètent à l'intérieur de l'organisme un fluide nourricier dont s'empare la circulation. Dans le cas de la défense organique, il n'y a pas de canalisation ni d'éléments fixés ; la défense est, partout, présentée par des éléments mobiles groupés çà et là en des postes ganglionnaires. Ces éléments sécrètent des sucs capables d'attaquer toutes les variétés microbiennes, de les absorber, de les détruire et de ne laisser à la circulation que des résidus excrémentitiels non toxiques.

L'organisme sécrète l'antitoxine appropriée à telle toxine, exactement comme il sécrète le suc digestif approprié à tel aliment. Il y a dans les deux cas une offre spécifique répondant à la demande de l'élément incorporé. Cette digestion du produit dangereux, sa neutralisation, c'est-à-dire la *diaphylaxie*, est une fonction aussi ancienne que la nutrition elle-même ; mais celle-ci, visiblement canalisée et distribuée, s'est de bonne heure montrée comme une fonction organisée. L'autre reste diffuse et son mécanisme, par son ubiquité même, est moins apparent.

L'antitoxine ne se produit pas plus spontanément sur place, au contact de la toxine, que le suc digestif ne se crée automatiquement au passage de l'aliment ; dans les deux cas, il existe une information centripète des centres nerveux et la sécrétion est la réponse appropriée des centres compétents. Elle n'est spécifique que par cette compétence même des centres.

Ces centres diaphylactiques, centre de défense organique, ont été capitalisés par le bulbe comme les centres digestifs. Certains faits le démontrent.

1° La défense organique peut être, à droite du corps, toute différente de ce qu'elle est à gauche : le bulbe droit, par exemple, faisant faillite sans que le gauche ait faibli. Je choisis cette observation entre de nombreux cas :

1. Académie des Sciences, 22 février 1909.

Mlle B.... En 1900, entérite muco-membraneuse, douleurs *cœcales*, point pleurétique *droit* ; puis une salpingite *droite* s'ouvre dans l'intestin ; douleurs intestinales *droites*, vertige et chute à *droite* ; les objets semblent se déplacer *vers la droite*, bourdonnement à *droite* ; en 1904, opérée d'une salpingite *droite* ; en 1905, d'une *appendicite* ; en 1907, bartholinite *droite* ; douleurs sus-orbitaires *droites* ; en 1908, tourniole à l'index *droit*, etc. Jamais aucun trouble à gauche.

2° Chez bon nombre de malades, nous voyons certains centres bulbaires se prendre l'un après l'autre ; par exemple, apparaîtront successivement la glycosurie, la polyurie, la pholyphagie, la polydipsie, l'albuminurie, la sécheresse de la gorge, le vertige, l'angine de poitrine, etc. ; cet état diabétique pourra durer des années sans que le malade cesse de résister, comme un homme sain, à toute infection, réparant aussitôt la moindre brèche. Puis brusquement apparaîtront soit des gangrènes, soit des furoncles et l'anthrax, soit la tuberculose aiguë. Ces symptômes ont le même mode d'apparition que les symptômes précédents ; il s'agit de centres bulbaires faisant faillite à leur tour quand les troubles vasculaires progressifs ont fait, au niveau des centres diaphylactiques, soit de l'ischémie, soit de l'épandage urhydrique comme pour les autres noyaux bulbaires.

3° Une cautérisation minime de la muqueuse nasale, par l'intermédiaire du trijumeau, peut, entre autres noyaux bulbaires, aller réveiller certains centres diaphylactiques de leur torpeur et rétablir subitement leur équilibre fonctionnel. J'ai vu ainsi des rhinites, des otites, des bronchites, des pharyngites, des entérites, des leucorrhées disparaître en quelques jours à la suite d'une cautérisation nasale, et qui avaient souvent, pendant des années, résisté à tout traitement.

Il est vraisemblable que l'action spécifique de certains sérums a avant tout pour effet de neutraliser momentanément la sidération que la toxine produit sur les centres en question et de permettre à ceux-ci de se redresser. Il en est de même pour les sérums non spécifiques et l'action chimique est ici simplement dilutive. Quel que soit le procédé de libération des centres de défense, sérum spécifique ou non, excitation directe du bulbe par l'intermédiaire du trijumeau nasal ou de tout autre point de la périphérie, l'effet est toujours de permettre à ces centres de mobiliser les éléments sécréteurs d'antitoxine et d'activer la digestion des agents pathogènes.

IV. — TECHNIQUE PRATIQUE

LA CHIRURGIE ESTHÉTIQUE ET PLASTIQUE DE L'OREILLE

Par **M. A. GOLDSTEIN** (de Saint-Louis).

[Traduction par M. MENIER, de Figeac].

La chirurgie esthétique, employée à la correction des difformités ou anomalies des organes externes de la tête, est un champ d'activité, ouvert depuis relativement peu et auquel l'oto-laryngologiste n'a, jusqu'ici, fourni que peu de son temps, de son talent ou de son habileté technique.

Ce territoire de la chirurgie a été pour une grande part le domaine des « spécialistes de 4e page » et des « docteurs de beauté ». La correction des pertes de substance ou des difformités du galbe de la tête et de la face n'a été que peu reconnue légitimement dans la nomenclature de la chirurgie classique, et la nécessité d'une semblable chirurgie n'a pas été assez justifiable pour attirer sérieusement l'attention des chirurgiens très occupés. Un nez extraordinairement crochu, une oreille hypertrophiée, de façon irrégulière, peut ne pas « handicaper » les fonctions ou l'utilité de l'économie générale, mais le malade peut aussi le ressentir autant et être aussi conscient de ce défaut et attendre anxieusement sa correction, qu'il le serait pour avoir un genu-varum redressé par l'orthopédiste, ou son strabisme corrigé par l'ophtalmologiste. Cette forme de la chirurgie a sa dignité, elle est délicate et justifiable et peut faire appel à toute l'adresse et l'habileté technique dont dispose le chirurgien.

Nombreuses sont les formes et les variations de la technique chirurgicale employée en ce genre de travail ; les opérations peuvent être faites sans inconvénient sérieux pour le malade et dans la majorité des cas sans anesthésie générale ; les complications et les suites graves seront rares si on observe les précautions aseptiques et chirurgicales ordinaires ; les résultats définitifs sont une cause de satisfaction à la fois pour l'opéré et pour l'opérateur.

La correction des difformités du nez et de l'oreille est nettement du domaine de l'oto-laryngologiste, et nous pensons rendre un service nouveau à l'humanité en arrachant la chirur-

gie esthétique des mains des charlatans, où elle semble avoir été jusqu'ici en pleine floraison et, en lui donnant une place légitime dans nos considérations sérieuses et notre activité.

J'ai classé en trois subdivisions la chirurgie esthétique et plastique de l'oreille.

a) *Correction des pertes de substance et difformités de l'oreille externe*, comprenant les nombreuses anomalies et les stigmates congénitaux qui sont l'apanage de l'oreille humaine.

b) *Discussion de la technique autoplastique après opération radicale sur la mastoïde*, tenant un compte spécial des détails opératoires dans la formation des divers lambeaux et une comparaison des avantages particuliers de chacune de ces autoplasties.

c) *Correction et occlusion des ouvertures rétro-auriculaires persistantes*, après opération radicale, et considération des diverses méthodes d'exécution de cette autoplastie.

Il n'y a peut-être pas de partie de l'anatomie humaine qui soit sujette à plus de variations de dimensions, de forme et de développement que l'oreille externe ; un observateur même superficiel, peut avoir par une anomalie considérable de la forme et des dimensions du pavillon, l'impression définie d'une malformation. Il est donc impossible de créer un « étalon » de l'oreille normale, ou de spécifier empiriquement jusqu'à quel point l'écart d'avec ce « canon » peut justifier l'intervention chirurgicale, et jusqu'à ce que la technique de la correction des difformités de l'oreille externe, soit développée avec plus d'exactitude et jusqu'à ce que ce domaine de l'autoplastie ait gagné davantage la faveur des otologistes, il pourra être bon de limiter nos efforts et notre énergie à la correction des anomalies auriculaires dans lesquelles il existe une difformité remarquable et où le malade désire cette correction à cause de la gêne personnelle et des commentaires qui résultent pour lui de cette difformité.

On peut établir un canon empirique en mesurant les axes longs et courts d'un grand nombre d'oreilles à forme normale. L'axe long doit être mesuré depuis la partie la plus basse du lobule jusqu'à la crête de l'hélix, comme cela est indiqué dans la ligne *a b* (fig. 1). L'axe court est pris à partir de la courbe interne du tragus, jusqu'à l'arc de l'hélix, à angles droits de la ligne *ab*. avec la ligne *cd* (fig. 1).

Ces mesures s'expriment comme suit d'après la moyenne d'une nombreuse série d'oreilles.

Long axe, ou longueur de l'oreille 7 cent. 1/2 ; axe court, ou largeur de l'oreille 3 cent.

Dans le long axe, toutes les mensurations dépassant 7 cent. 1/2 ou inférieures à 5 cent. indiquent des dimensions anormales. Dans l'axe court, une largeur inférieure à 2 cent. 1/2 ou supérieure à 3 cent. 3/4 est regardée comme anormale.

L'embryologie de l'oreille présente la première évidence de la grande variété de structure de l'oreille externe. Minot dit que « avant la fin du premier mois, se montre autour de l'ouverture externe de la première fente branchiale une série de 6 tubercules, 2 en avant sur le rebord postérieur du premier arc viscéral, un au-dessus de la fente et 3 derrière celle-ci. Un peu plus tard, un sillon vertical apparaît en bas du milieu de l'arcade hyoïdienne de façon à limiter un petit rebord qui se réunit au tubercule 3 et descend derrière les tubercules 4 et 5. Le second stade est atteint par la croissance de toutes les parties; expansion des tubercules 2 et 3, développement du rebord en bas, en arrière du tubercule 5 pour qu'il vienne se réunir au tubercule 6.

« Après tous ces changements, il n'est pas difficile d'identifier les parties.

« Le tubercule 1 est le tragus ; 2 et 3 avec le rebord en arcade représentent l'hélix ; 4 l'anthélix ; 5 l'antitragus ; 6 le lobule ; la cavité entre les tubercules : la fossette angulaire. Pendant la deuxième partie du second mois l'oreille change quelque peu de proportions quand le développement est irrégulier.

« Le troisième stade débute au troisième mois ; la partie supérieure et postérieure du pavillon surgit de la surface de la tête et se courbe en avant graduellement, mais rapidement, de façon à couvrir totalement l'anthélix et la portion supérieure de la fossette angulaire. Pendant ce stade, commence chez les mammifères l'apparition de la forme pointue de l'oreille. »

« Le quatrième stade commence au quatrième mois quand les tubercules maintenant réunis par des cartilages commencent à se déplier et sont complets au cinquième mois. Enfin, le sixième tubercule se développe pour former le lobule. »

Talbot, dans son excellente monographie : *The Degenerate Ear*, exprime très clairement et de façon très concise de la manière suivante les relations du développement embryologique avec les difformités auriculaires.

« Le déplissement ou développement des tubercules pour produire les différentes parties de l'oreille et la rendre complète n'est pas sans analogie avec la sortie d'une fleur hors du bouton. On comprend, par ce processus, comment soit par mauvaise nutrition d'un tubercule quelconque, ou bouton, soit par excès

de nutrition, dans l'un plutôt que dans l'autre, il en résultera une malformation de l'oreille. Si un arrêt de développement de tous les tubercules se produit à une période quelconque comprise entre le premier et le cinquième mois de la vie fœtale, l'oreille ressemblera à une fleur à demi-épanouie. »

Les anomalies de forme auxquelles l'oreille externe est sujette ont été l'objet de travaux anthropologiques considérables et l'essor pour ces recherches fut donné par les observations délicates et les conclusions soigneuses de l'éminent criminalogiste et anthropologiste italien : Lombroso.

Il y a quinze ans environ, Gradenigo suscita un nouvel intérêt au point de vue otologique en publiant ses études anthropologiques classiques : *Ueber die Formanomalien der Ohrmuschel.*

Les plus remarquables des anomalies classées par Gradenigo sont les suivantes :

1° Macrotie et asymétrie du pavillon. Quand la variation distincte de forme et de dimension des deux pavillons existe chez le même sujet, on a constaté que, sauf dans un petit nombre d'exceptions, cette asymétrie est associée à l'asymétrie faciale. Dans cette subdivision de l'asymétrie du pavillon, on trouvera une grande proportion de cas qui viennent nous trouver pour une correction justifiée.

2° Hétérotopie. Les cas de mauvais placement, ectopie et d'insertion anormale du pavillon sont rares et on les trouve seulement dans les écarts de développement embryologique les plus marqués et particulièrement chez certains monstres connus sous le nom d'*otocéphales*. Un bon nombre d'anciens auteurs ont rapporté des cas remarquables de ce genre ; Sebenicius cite un pavillon inséré sur le cou ; Wolf un cas d'insertion sur l'épaule ; Phelitz et Stark un pavillon placé sur la joue. Il est à peine possible de faire rentrer ces cas dans le domaine de la chirurgie plastique, à moins qu'on pût, dans ces cas rares, transposer le pavillon tout entier à sa place normale.

3° Adhérence de la face postérieure du pavillon, en tout ou en partie, au crâne. Ces états, en tant qu'anomalies, sont très rares et n'ont pas de signification embryologique bien définie.

4° Oreille saillante (proéminente). L'angle auriculo-temporal, tel qu'il fut observé par Frigerio, mesuré entre le côté de la tête et la face postérieure du pavillon, est aigu dans l'oreille normale. Quand, cependant, le pavillon est à angle droit ou à angle obtus dans les formes plus exagérées, il prend l'aspect caractéristique connu sous le nom d'oreille saillante ou proéminente. De toutes les difformités de l'oreille externe, c'est cette anoma-

lie de position qu'on observe peut-être le plus fréquemment; elle a une signification embryologique et anthropologique importante.

Quand l'oreille est ainsi anormalement proéminente, surtout dans la prime jeunesse, sa correction chirurgicale est simple, le résultat, satisfaisant et on épargne beaucoup d'ennui au sujet. Cette difformité est plus fréquente dans le sexe masculin;

5° Oreille pointue (tubercule de Darwin et oreille pointue de faune ou de satyre). Le tubercule de Darwin résulte d'une involution incomplète de l'hélix; la pointe faunesque se produit de façon tout à fait semblable sur le bord supérieur de l'hélix.

Quand l'une quelconque de ces surfaces difformes de l'hélix est bien marquée, on peut la corriger rapidement par une légère autoplastie à la surface postérieure de l'hélix et par la résection d'une étroite bande de peau; si cela est nécessaire, on peut « rogner » sous-dermiquement la partie saillante du cartilage.

6° Oreille de macaque (connue aussi sous le nom d'oreille de Darwin). Dans cette difformité, il y a un hélix aplati ou mal délimité ou il peut y avoir absence d'un segment d'hélix.

7° Oreille de Wildermuth (saillie de l'anthélix).

L'anthélix peut devenir si proéminent, qu'il peut surplomber l'hélix quand le pavillon est vu de profil et l'oreille prend un aspect caractéristique. Cette anomalie a été plus fréquemment observée dans le sexe féminin. Dans cette malformation, il y a absence exagérée de la concavité normale, en forme de coquille, de la conque et de l'aile. Dans cette forme, la face antérieure du pavillon a l'aspect aplati et, dans quelques cas même, la face antérieure est convexe.

8° Absence de l'hélix.

Ce cas est extrêmement rare et n'offrirait que peu d'opportunité pratique pour la plastique, car, lorsqu'il y a absence nette du cartilage, de forme si délicate, de l'hélix, de l'anthélix ou du tragus, c'est une tâche chirurgicale difficile d'en modeler ou d'en faire un avec d'autres tissus, voisins ou non.

9° Absence ou exagération du développement du lobule.

C'est un fait connu que les difformités du lobule sont frappantes même pour les profanes. L'absence complète n'est pas rare et produit un aspect caractéristique de l'oreille. Dans cette catégorie de cas, le cartilage est distinctement entouré par le tégument, et la partie pendante, que nous sommes habitués à voir, y compris le lobule, est absente. Le développement exagéré du lobule, soit en longueur, soit en largeur ou en épaisseur, se rencontre quelquefois et à un degré si marqué, que la correction

de cette difformité offre un champ favorable à la chirurgie plastique.

10° Adhérence du lobule (synéchie).

Quand l'adhérence du lobule est symétrique et la surface de l'oreille externe relativement normale d'aspect, ce n'est pas une anomalie bien frappante; mais quand il y a symétrie d'un lobule et que l'autre est normal, la correction chirurgicale est justifiée.

Cette classification comprend les plus grandes difformités auxquelles est sujette l'oreille externe; bien des anomalies, quand elles sont assez marquées pour réclamer l'intervention chirurgicale, peuvent être corrigées par plusieurs formes de technique plastique que je vais essayer de décrire.

Technique plastique.

L'expérience recueillie au cours des quelques dernières années en perfectionnant les détails de la résection sous-muqueuse opératoire de la cloison nasale nous a offert un nouveau terrain pour la plastique auriculaire, car, en appliquant à la manipulation sous-dermique des cartilages élastiques de l'oreille les mêmes principes employés avec tant de succès dans le traitement sous-muqueux des cartilages du nez, nous sommes mis en mesure d'obtenir des résultats satisfaisants dans la correction des difformités par des moyens qui, s'ils avaient été adoptés auparavant, auraient été trouvés impraticables et inadéquats.

Correction de la macrotie. — La macrotie en longueur ou largeur anormales du pavillon peut être si marquée, que le sujet est heureux d'être soulagé, pourvu que la réduction de dimensions puisse être effectuée sans beaucoup de douleur, ni perte de temps ou cicatrice visible. L'opération, qui semble avoir conquis quelque faveur pour la correction esthétique de cette difformité et qui est parfois décrite brièvement dans les traités modernes de chirurgie, est représentée à la planche I (fig. 1, 2 et 3).

Une incision est faite dans toute l'épaisseur du pavillon, de *a* à *b* (fig. 1); le segment supérieur incisé est attiré en bas sur l'inférieur et, par cette traction, l'opérateur évalue la quantité de tissu à enlever à la ligne *db* (fig. 2) pour corriger la difformité. Une incision est faite de *d* à *b* et le triangle surabondant de tissu, *dbc*, formé de cartilage et de la face antérieure et postérieure du tégument, est enlevé en entier.

On voit que l'axe de l'hélix en *db* est plus court que l'axe de l'hélix en *ab* du segment inférieur. Pour obvier à cela, un segment étroit, en forme de coin, *xyz*, est enlevé, de sorte que les

lignes *db* et *ab* sont de même longueur et que les bords de l'hélix aux points *a* et *d* sont dans une courbe continue.

Les bords *db* et *ab* sont maintenant réunis par des sutures, alternativement de la surface externe et interne de l'oreille et on peut ajouter une petite suture unissant la petite incision en coin, de *x* à *z* (fig. 3). Cette technique réduira aux dimensions que voudra l'opérateur, la longueur et la largeur du pavillon.

Les objections qu'on peut faire à cette méthode, c'est qu'il en résultera une cicatrice, à la fois à la face antérieure et à la postérieure du pavillon et que la résection totale du cartilage, sans qu'on fournisse un nouveau support, sous-jacent, pour la surface nouvellement construite par résection, est un faible principe chirurgical. Les cartilages de l'oreille sont trop mal irrigués par le sang et la cicatrisation d'une telle plaie se produira surtout dans le tégument mince et laissera un point faible permanent, aux lignes d'incision à travers le cartilage.

Opération de l'auteur pour la macrotie. — Pour faire disparaître ces objections, j'ai imaginé une opération simple, sûre et chirurgicalement juste. Son principe consiste à séparer, en avant et en arrière, le cartilage, de son périchondre et de son revêtement cutané, à construire des lambeaux de cartilage pour satisfaire aux exigences du cas en question, à faire glisser l'un sur l'autre les deux lambeaux cartilagineux, à faire une union solide de la surface de résection, et à faire toutes les manœuvres opératoires à la face postérieure du pavillon, de sorte que lorsque l'unique incision externe est guérie, la seule trace de l'opération est une cicatrice linéaire presque invisible, à la face postérieure.

L'incision curviligne *a b* (pl. II, fig. 1) est faite à la face postérieure du pavillon, presque au niveau du bord naturel de l'anthélix qui, lui, est en avant. La convexité de cette incision curviligne est tournée en dehors vers le bord de l'hélix. Le lambeau a une forme telle, que disséqué en haut et vers la surface mastoïdienne, on met à nu la plus large superficie possible du cartilage. La dissection du lambeau tégumentaire et du périchondre d'avec le cartilage est simple et comme l'adhérence du périchondre n'est pas très solide, cela peut être vite exécuté.

Quand le cartilage est bien mis à nu, une incision dans la ligne *ef* (fig. 3) se recourbant en dedans, presque à angle droit aux points *e* et *f*, est faite à travers le cartilage ; on veille soigneusement à ne point léser le tégument sous-jacent qui forme le revêtement antérieur du pavillon. Avec un élévateur étroit, mousse, tel qu'on l'emploie dans la résection du septum nasal, les deux lambeaux cartilagineux en *ed* et *ef*, sont soigneuse-

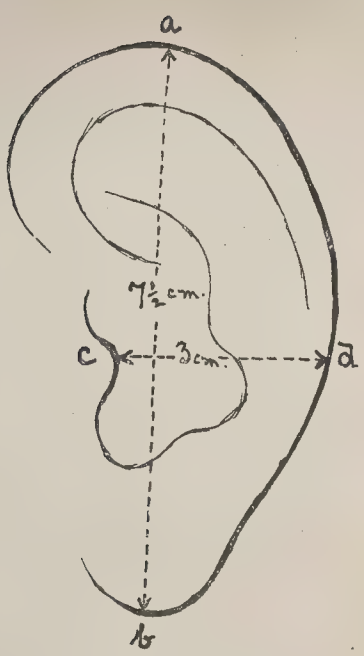


Fig. 1.
Représentation diagrammatique des dimensions de l'oreille normal



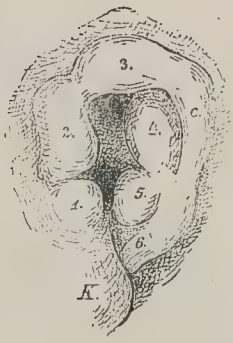


Fig. 2.

Tête d'embryon humain (His). La vésicule auriculaire est au-dessus de la première fente branchiale. Entourant celle-ci sont les 6 tubercules dont est formée l'oreille externe.

Embryon humain (His) montrant les 6 tubercules qui forment les diverses parties de l'oreille externe. 1. tragus; 2 et 3. hélix ; 4. anthélix; 5. antitragus ; 6. lobule. K. maxillaire inférieur.



Fig. 9.
Absence d'hélix.



Fig. 10.
Longueur anormale du pavillon et du lobule.

ment séparés du périchondre sous-jacent sur une largeur suffisante pour permettre leur manipulation et pour permettre au lambeau *cd* d'être appliqué sur le lambeau *cf*, quand on les rapproche par une série de deux sutures en surjet, chaque suture passant deux fois à travers chacun des cartilages. Si on exerce une douce traction en serrant les fils, les deux lambeaux cartilagineux seront tirés l'un sur l'autre et la largeur du pavillon sera réduite dans la même proportion que les sutures seront introduites à partir des bords des lambeaux cartilagineux respectifs.

Les sutures sont appliquées en passant d'abord une aiguille très courbe, armée de fin catgut chromé, à travers un point de l'extrémité supérieure du lambeau *cd*, puis vers le bas à travers, juste vis-à-vis, dans le lambeau *ef*, puis de bas en haut à travers le lambeau *c f*, puis en haut et en dessous à travers un point, vis-à-vis, dans le lambeau *cd*.

On place de la même façon une autre suture à la partie inférieure de ces lambeaux. Le cartilage est solide et résistera à une traction considérable quand on rapprochera les sutures. Celles-ci sont nouées alors sur le lambeau *c d* (fig. 3) ; le surcroît au bord du lambeau tégumentaire *a b* est sectionné avec soin, et le tégument suturé en position dans la ligne d'incision originelle (fig. 4). Lors de la traction produite par le recouvrement des lambeaux cartilagineux, il peut apparaître d'abord quelques légères rides ou plissements à la face antérieure du pavillon mais, si le périchondre antérieur et le tégument ont été largement détachés du cartilage, ces rides du tégument disparaîtront avec la cicatrisation de la plaie.

J'ai décrit simplement la technique pour réduire la largeur du pavillon en modifiant la ligne d'incision et en donnant à sa courbe la forme nécessaire pour se conformer à la surface où l'on désire réduction de longueur ou de largeur de l'oreille. Cette opération peut être utilisée pour corriger toute forme ou toute étendue d'hypertrophie du pavillon.

L'examen d'une telle oreille après cicatrisation de la plaie, montrera la réduction du pavillon en largeur ou en longueur, formé suivant le désir de l'opérateur et offrira une surface cartilagineuse renforcée et saillante à la région réséquée et une cicatrice linéaire presque invisible à la face postérieure du pavillon. La surface antérieure de l'oreille ne montre aucune participation à l'opération. (*A suivre*).

V. — PHONÉTIQUE

I

CONTRÔLE
ET
CORRECTION DE L'ÉMISSION VOCALE

Par **Adolphe ZÜND-BURGUET** (de Paris).
Ancien attaché au Collège de France.

L'émission des voyelles, comme d'ailleurs, celle de tous les éléments phoniques du langage parlé ou chanté, est déterminée, au point de vue physiologique, en premier lieu par les organes de la respiration : diaphragme, poumons, trachée-artère, qui fournissent le courant d'air expiratoire, en l'absence duquel aucun phonème ne saurait se produire, en deuxième lieu par l'organe phonateur proprement dit : le larynx et plus spécialement par les cordes vocales qui, en s'affrontant, empêchent le souffle de passer, en se rapprochant plus ou moins lui opposent une certaine résistance et le rendent sonore. L'émission vocale est déterminée, en troisième et dernier lieu, par un ensemble d'organes superposés au larynx, que l'on peut désigner sous le nom d'organes de l'articulation, à savoir : le pharynx, particulièrement le voile du palais, la langue et les lèvres.

Si, comme je viens de le dire, les organes de la respiration et de la phonation produisent le souffle pourvu ou non de sonorité, les organes de l'articulation, à leur tour, le transforment en *voyelles* et en *consonnes*.

Il ne sera question ici que de l'émission des voyelles. Chaque son-voyelle correspond à une position nettement déterminée du voile du palais, de la langue et des lèvres, ce qui signifie que pour connaître la nature et le mécanisme d'une voyelle et pour savoir la produire *sciemment*, il importe de connaître la position organique dont elle résulte. J'insiste sur le mot *sciemment*, car, le plus souvent, nous émettons les éléments phoniques de la parole par habitude, c'est-à-dire sans nous préoccuper le moindrement des mouvements organiques qui en sont la cause. Et quand, par hasard, nous y faisons attention, nous sommes portés à attribuer aux organes, et notamment à la langue, des positions qui ne sont qu'en partie ou point du tout celles occupées par eux et spécialement par elle.

Ces attributions erronées ne se commettent guère à l'égard des lèvres, parce que nous pouvons facilement contrôler le fonctionnement de ces dernières, soit par la vue, soit par le toucher; elles se produisent rarement à l'égard du voile du palais, d'abord parce que l'action de celui-ci se réduit à un simple mouvement d'élévation, plus ou moins accentué, selon que la voyelle est nasale (élévation partielle), ou orale (élévation totale), et ensuite, parce que toute irrégularité dans le jeu de cet organe se traduit immédiatement par un défaut de prononciation, qu'en général, nous constatons aisément par l'oreille.

Ainsi, nous avons pour les lèvres le double contrôle visuel et tactile, pour le voile du palais le contrôle auditif, tandis que pour la langue, tout contrôle organique ou immédiat nous manque. En effet, il nous est impossible de voir cet organe quand il est en action ; de plus, nous ne nous rendons que très incomplètement compte de ses positions exactes, d'après les sensations tactiles, et même le contrôle par l'ouïe n'est pas, en général, bien efficace, puisque les changements de position de la langue, quand ils sont peu accentués, donnent lieu à des nuances d'émission qui, le plus souvent, échappent à notre oreille toujours insuffisamment éduquée. Que, du reste, ces nuances soient légères ou notables, nous ne savons pas, dans la plupart des cas, à quelles positions organiques il convient de les attribuer.

Donc, aucun moyen naturel ou organique ne nous permet de contrôler, avec sûreté, le jeu de la langue pendant l'émission des voyelles et pourtant, n'est-ce pas précisément la langue surtout, qui en détermine la nature? Personne ne voudra le contester, et tous les professeurs de chant, de diction et de langues savent que la majeure partie des fautes d'émission ou de prononciation, commises par eux-mêmes et par leurs élèves, s'expliquent justement par ce manque de contrôle. L'exactitude de cette observation peut facilement être démontrée.

Il est à remarquer, tout d'abord, que le professeur, aussi capable qu'il soit par ailleurs, n'est pas à même de pouvoir enseigner avec certitude, des articulations vocales, dont il n'aura pas, au préalable, pratiqué l'analyse physiologique et expérimentale, ensuite, comment procéder à cette analyse, si les moyens efficaces d'investigation lui font défaut? Veux-je dire en cela que personne, jusqu'ici, n'ait jamais rien su de précis sur le mécanisme des émissions vocales? Ce serait excessif, certes, mais, ce qu'il faut reconnaître, c'est que les connaissances que l'on en peut avoir sont basées bien plus sur la déduction, autrement dit, sur l'observation empirique que sur des recherches

véritablement scientifiques et nul ne voudra prétendre aujourd'hui, que dans l'enseignement, les méthodes empiriques soient les plus sûres, partant, les plus rapides.

On constate, en outre, que nombre de chanteurs professionnels aussi bien qu'amateurs, émettent, sur certaines notes, des voyelles qui, au point de vue de leur timbre, ne ressemblent que très vaguement ou point du tout à celles que comportent les paroles à articuler. Ainsi, par exemple, dans leur bouche, l'*o* ouvert devient *a*, l'*ou* se transforme en *u*, l'*é* en *i*, l'*i* en *u*, etc., de telle sorte, qu'en chantant ils prononcent: *encare* pour *encore*, *amur* pour *amour*, *aimi* pour *aimé, funu* pour *fini*. Et qu'on ne se figure pas surtout, que cela ne se produit qu'en français, car on remarque fréquemment des anomalies vocales analogues et même plus choquantes encore, chez des chanteurs anglais, allemands, italiens et russes. D'aucuns m'objecteront, sans doute, qu'il est impossible de chanter, sur certaines notes, certaines voyelles avec leur timbre véritable. Si vraiment il en était ainsi, les auteurs lyriques devraient, sans plus tarder, se mettre d'accord avec les lois de la physiologie vocale. Or, le plus souvent, les voyelles sont déformées par les chanteurs (je leur accorde néanmoins ce titre !), qui n'en connaissent pas le mécanisme ou qui ne se rendent pas compte de la façon dont ils les émettent. Il leur manque évidemment un moyen sûr pour contrôler le jeu des organes de la phonation et notamment celui de la langue.

Dans l'enseignement des langues vivantes, ce manque de contrôle lingual se fait sentir plus vivement encore, comme on pourra le voir d'ailleurs, d'après les quelques exemples que je vais citer.

Pas plus tard que cet été, au Cours de vacances d'Édimbourg, j'ai pu constater, une fois de plus, que l'*accent* particulier avec lequel les Anglais prononcent le français, est dû, en grande partie, sinon exclusivement, à un jeu irrégulier et inconscient de la langue. En effet, s'ils continuent à dire *roue* pour *rue*, *houit* pour *huit*, en dépit de toutes les explications théoriques qu'on ait pu leur donner sur le mécanisme de la voyelle française *u*, c'est simplement parce qu'ils croient avancer la langue, comme il conviendrait de le faire, tandis qu'en réalité ils la retirent en arrière. J'ai constaté qu'en leur tenant, sur la pointe de la langue, l'extrémité arrondie d'un crayon, moyen qui leur permet de voir et de sentir ce que fait la langue, leur mauvaise émission vocale se trouve corrigée à la minute. De même, quand ils disent quelque chose comme *ba-o-ou chèpa-o-ou* pour *beau cha-*

peau, c'est principalement parce qu'ils ne connaissent pas le fonctionnement de leur langue. Il suffit, généralement, de les renseigner expérimentalement, je veux dire mécaniquement, sur l'instabilité de cet organe, pour faire disparaître à jamais ce défaut de prononciation et d'autres du même genre.

Autre exemple, non moins probant : Dernièrement, une dame allemande, professeur distingué de chant et de diction dans son pays, et très au courant des questions de phonétique, protesta énergiquement, quand je lui fis remarquer qu'en émettant la voyelle française *an*, elle retirait la langue en arrière. « Non, non, me dit-elle, sur un ton qui trahissait l'indignation, je sens parfaitement que la langue se tient tout à fait en avant contre les incisives inférieures, mais c'est sans doute le voile du palais qui ne s'abaisse pas assez. » — « Si votre voile du palais ne s'abaisse pas assez, lui répliquai-je, c'est, sans aucun doute, parce que la langue, en se retirant et conséquemment en s'élevant vers celui-ci, l'en empêche. » Et pour nous mettre d'accord sur cette question, je prononçais la voyelle nasale *an* en maintenant la langue légèrement hors de la bouche, ce qui est extrêmement facile à faire. La dame, en voulant m'imiter eut l'occasion de constater, à sa confusion d'ailleurs, que sa langue, ne se plaisant guère dans cette position, se retira brusquement et assez loin en arrière. Cette preuve lui parut suffisante et elle ne tarda pas à émettre un *an* absolument parfait.

Ces exemples, qu'une expérience très étendue me permettrait de multiplier presque à l'infini, démontrent clairement, je crois, que la meilleure façon d'acquérir sûrement une bonne prononciation des langues étrangères, ce n'est pas de chercher à imiter les sons, d'après les impressions auditives reçues, pas plus que de se fier entièrement aux théories et descriptions phonétiques. Les résultats pratiques les plus sûrs et aussi les plus rapides s'obtiennent, au contraire, par l'emploi de certains moyens mécaniques à l'aide desquels nous pouvons facilement contrôler les mouvements organiques et dans l'espèce, principalement ceux de la langue.

Telle a été ma conviction déjà en 1895, quand, en vue de ce contrôle, j'ai fait construire le *Tambour à cadran indicateur des mouvements organiques* qui, depuis, s'est transformé en un « *Nécessaire de Phonétique* ». Et, s'il m'est permis de juger, d'une part, d'après le nombre considérable de ces appareils actuellement en usage dans le monde entier (sans parler des imitations plus ou moins heureuses qui sont venues s'y ajouter !), d'autre part, d'après les appréciations flatteuses dont ils

ont été l'objet [1], je puis, sans risquer de paraître présomptueux, croire à leur réelle utilité.

Le Nécessaire de phonétique (fig. 1) est un ensemble d'appareils destinés à contrôler aussi bien les mouvements de la langue

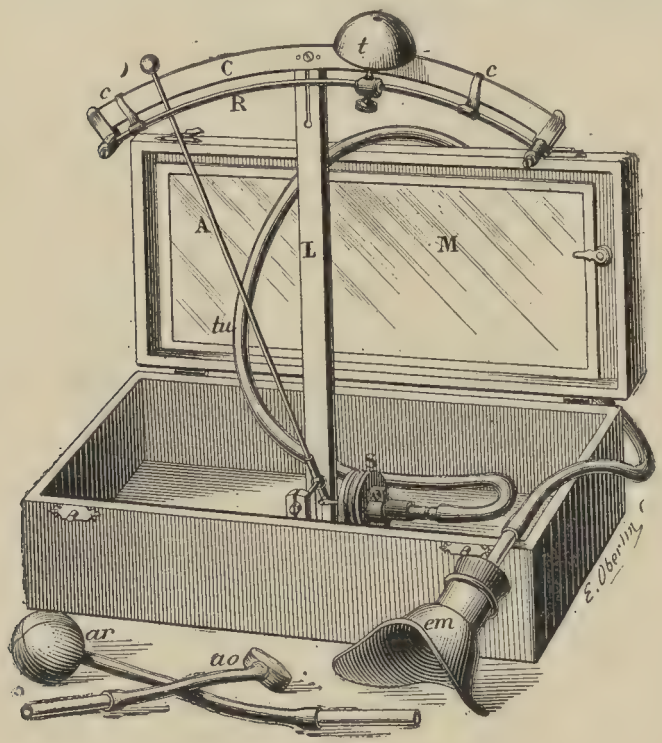


Fig. 1.

que ceux des lèvres, du voile du palais, du larynx et des organes de la respiration. Il constitue un outillage scientifique complexe, qui demande, pour être employé avec toutes les chances possibles de succès, des connaissances physiologiques et surtout phonétiques assez étendues. Nombre de professeurs de chant, de diction et de langues vivantes m'ont prié d'imaginer pour eux et leurs élèves, un dispositif plus simple et d'un emploi plus facile encore.

1. Ces appareils ont obtenu les plus hautes récompenses aux expositions de Liège, 1905; Milan, 1906; Spa, 1907; Londres, 1908.

Désireux de leur donner satisfaction, en même temps que

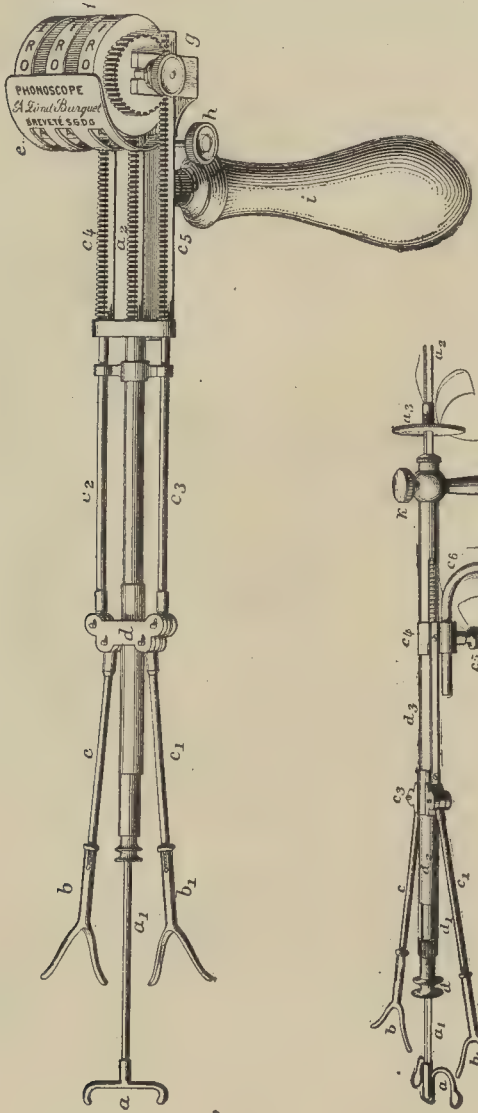


Fig. 2. Fig. 4.

soucieux de perfectionner la méthode pratique de phonétique expérimentale que j'ai eu l'avantage d'inaugurer, il y a une quin-

zaine d'années, j'ai créé, en 1906, le **Phonoscope** [1] (fig.2), appareil destiné au contrôle automatique des mouvements de la langue et des lèvres, en 1907, le **Rectophone** ou **Pistolet vocal** [2] (fig. 3), servant à la correction de certains défauts de prononciation et plus spécialement à l'enseignement de la parole aux enfants sourds-muets, et enfin, tout récemment, le **Glossoscope** (fig. 4), qui dérive des deux premiers et, comme l'indique son nom, ne sert à contrôler que les mouvements de la langue. Ce dernier

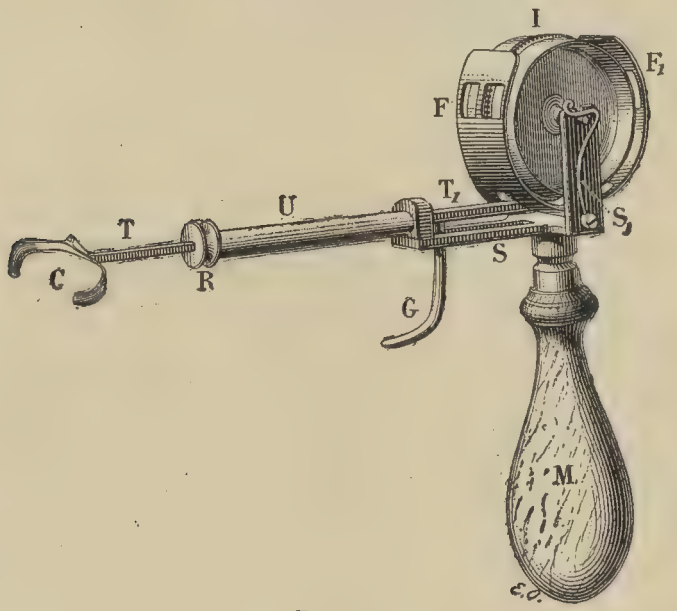


Fig. 3.

dispositif, dont je donnerai seuls ici, la description et le mode d'emploi, est de la plus grande simplicité, ne demande aucun réglage et fonctionne avec une régularité parfaite dès qu'il est mis en place convenablement. Comme on le verra, par la suite, il ne saurait gêner en aucune façon le jeu des organes de la parole, tout en nous indiquant, avec une précision absolue, les moindres déplacements de la langue.

1. Voir la Chronique scientifique du journal *Le Temps*, par M. de Nansouty, numéro du 22 août 1907.

2. Voir Zünd-Burguet, *L'enseignement de la parole aux enfants sourds et muets.* Conférence faite à l'Institut départemental des sourds-muets et sourdes-muettes d'Asnières (Seine), le 6 novembre 1907, et publiée dans les *Archives internationales de Laryngologie de Paris.*

Le **Glossoscope** (fig. 4) se compose essentiellement : 1° d'un tube métallique muni à son extrémité antérieure d'une rondelle à gorge et renfermant un ressort à boudin ; 2° d'une tige métallique mince qui traverse ledit tube et se termine en avant par un petit crochet guide-langue mobile, en arrière par un fil à crémaillère, et enfin, 3° d'une roue dentée d'un assez grand diamètre. Autour de cette roue s'enroule une bandelette de papier échangeable, sur laquelle sont inscrites, en gros caractères, les différentes voyelles d'un système phonétique quelconque, ce qui signifie que l'appareil se prête à l'étude expérimentale de tous les idiomes, sans exception.

En ce qui concerne le fonctionnement de cet instrument de contrôle et de correction vocale, il est des plus simples.

Il suffit, en effet, de poser la petite rondelle à gorge sur les incisives médianes inférieures ou supérieures, à volonté, pour que le crochet guide-langue prenne place immédiatement sur la partie antérieure de la langue. Et, puisque ce dernier fait corps avec la tige transversale, celle-ci suit la langue dans tous ses déplacements, en faisant tourner la roue de telle sorte, qu'au travers d'une petite fenêtre, elle montre à l'œil de l'opérateur le signe graphique de la voyelle à laquelle correspond, à tout moment, la position de la langue.

L'action du glossoscope est automatique, grâce au ressort contenu dans le tube, mais la gâchette fixée à la partie inférieure du fil à crémaillère permet au professeur de conduire à sa guise la langue de son élève. Ce dernier peut alors se rendre compte simultanément par le toucher et par la vue, du mécanisme physiologique de la voyelle émise.

II

ESSAIS SUR LA VOIX

(*Suite.*)

Par **A. THOORIS**
Médecin-major (de Paris).

2° *Voie buccale.*

Le pharynx de l'homme, très schématiquement, se compose d'une partie verticale en rapport avec la bouche et d'une partie horizontale en rapport avec le nez. La partie verticale en rapport avec la bouche est le méso-pharynx; la partie horizontale en rapport avec le nez est le cavum.

On peut représenter artificiellement cette disposition du pharynx bucco-nasal au repos par un tube de verre recourbé semblable à celui de la fig. 1, ou, si l'on veut également représenter

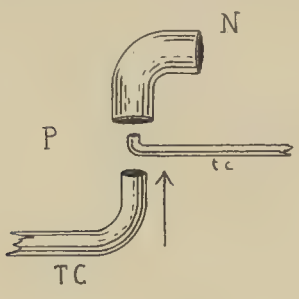


Fig. 1.

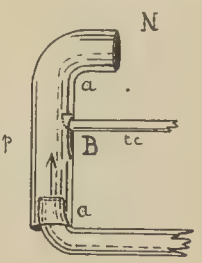


Fig. 2.

le pharynx laryngé, par le tube recourbé de la fig. 2, dont la paroi est fenêtrée du côté de l'angle ouvert et répond à l'isthme du pharynx.

Après avoir fixé verticalement le tube incurvé de la fig. 2 que nous désignerons par les lettres T.I. j'introduis le t.c. chargé de fumée par l'orifice B, de façon à ce que son grand segment soit horizontal et dans le P.V.S. Au moyen du T.C. engagé dans l'orifice inférieur *a* du T.I. grand segment horizontal, je souffle et observe l'influence du courant d'air sur le sens et la vitesse qui va prendre la fumée du t.c. Que le segment 1 du t.c. soit appliqué contre la paroi postérieure du T.I. émerge au centre de ce tube

ou soit ramené contre sa paroi antérieure, la fumée s'échappe par l'orifice N, le courant est négatif et sa vitesse dépend de l'énergie de la soufflerie.

Cette petite expérience permettait de penser que lorsque le pharynx buccal et le pharynx nasal communiquent largement l'un avec l'autre, comme par exemple dans l'émission de la voyelle ã, on observerait un mouvement de la fumée analogue. Or, si j'introduis le T.C. chargé de fumée dans le pharynx moyen d'un chanteur, de façon à pouvoir ensuite porter verticalement le petit segment derrière le bord postérieur du voile, dans le pharynx nasal, je constate que, quand il émet la voyelle ã dans n'importe quelle tonalité et à n'importe quelle hauteur, le sens de la fumée est positif et que rien de celle-ci ne passe par l'orifice N.

Cette différence du sens de la fumée nous paraissant être due aux obstacles que le courant d'air rencontre à la sortie du pharynx nasal chez l'homme, j'ai imaginé trois modes d'obturation de l'orifice N, au moyen de petites lames de liège découpées ou plus simplement de mastic.

1° *Obturation du tiers supérieur de l'orifice N.* — Le petit segment du t.c. étant appliqué contre la paroi postérieure du T.I. la fumée a un courant positif, c'est-à-dire s'échappe dans le sens du grand segment, comme dans le cavum de mon chanteur émettant la voyelle ã. Je déplace le t.c. d'arrière en avant ; le courant reste positif jusqu'à ce que le petit segment butte contre la paroi antérieure du T.I. A ce moment la fumée s'échappe par l'orifice N, le courant devient négatif.

2° *Obturation du tiers inférieur de l'orifice N.* — Je me sers pour souffler du T.F. dont j'engage le segment courbe par l'orifice inférieur du T.I. Je donne à ce segment courbe toutes les orientations possibles à l'intérieur du T.I. de façon à ce que le courant d'air soit dirigé verticalement ou obliquement contre les parois. Que le petit segment du t.c. s'élève contre la paroi postérieure, au milieu du T.I. ou contre sa paroi antérieure, la fumée a un sens négatif.

Si je substitue le T.C. rempli de fumée au t.c., le courant devient positif.

Je remplace le T.C. par un T.F. dont l'extrémité courbe s'applique contre la paroi postérieure du T.I. et je souffle dessous avec un autre T.F ; le courant reste positif. Il faut que j'engage le segment courbe du T.F., très haut, de façon à ce que l'orifice de sortie du T.F. soit très près de l'orifice de sortie du T.I. pour que le mouvement devienne négatif.

Il y a là un fait singulier puisque, dans le cas de l'obturation de la partie supérieure du tube, le courant devient négatif lorsque le petit segment est contre la paroi répondant à la partie libre de l'orifice du T.I. tandis que, dans le cas de l'obturation de la partie inférieure de l'orifice N, le sens de la fumée reste positif, même lorsque l'extrémité du tube induit se trouve accolée à la paroi du T.I. répondant à la partie libre de son orifice de sortie.

Le t.c. chargé de fumée, je place le segment courbe du T.F. servant de soufflerie à côté du petit segment du t.c. introduit dans le T.I. Le mouvement de la fumée est négatif. Je substitue, pour souffler, le T.C. au T.F ; le mouvement reste négatif.

Je remplace le t.c. par le T.C. comme tube à fumée et je place l'extrémité du segment courbe du T.F. au-dessous ou à côté du petit segment du T.C. ; le mouvement est négatif. J'incline le T.F. de façon à ce que le courant d'air soit dirigé contre la paroi correspondant à la partie libre de l'orifice de sortie du T.I. le mouvement reste négatif.

Il faut, pour que la fumée change de sens, que l'obturation affecte les 2/3 inférieurs de l'orifice N. En ce cas, même quand le petit segment du T.C. ou du t.c. est appliqué contre la paroi postérieure du T.I. et par conséquent est en rapport direct avec la partie libre de l'orifice N, le mouvement de la fumée reste positif. Les observations sont les mêmes, qu'on emploie le dispositif de la fig. 1 ou celui de la fig. 2.

3° *Obturation diaphragmée de l'orifice N.* — L'ouverture de l'orifice est réduite de 2 millimètres sur tout son contour. Le T.C. étant chargé de fumée est introduit dans le T.I. Je souffle avec le t.c. le mouvement de la fumée est négatif. Je remplace le T.C. par le t.c. chargé de fumée, la fumée sort négativement. Je substitue le T.F. rempli de fumée au t.c. le mouvement est négatif.

J'introduis successivement le T.C. le t.c. le T.F. dans le T.I. par l'orifice B et je souffle avec un T.C. par l'orifice a, le sens de la fumée devient positif.

J'obtiens donc avec le T.I. diaphragmé un courant de fumée dans le sens présenté par le chanteur, quand le tube induit est un T.C. le tube inducteur étant un t.c. ou quand le tube induit est un T.C. un t.c. ou un T.F, pourvu que, dans ce dernier cas, le tube inducteur soit un T.C.

Le phénomène contradictoire apparent du régime des vents dans le T.I. non diaphragmé et dans le cavum du chanteur est expliqué par l'influence de l'obturation diaphragmée du T.I. sur le sens de la fumée.

II. — Cavité pharyngienne buccale.

Le pharynx buccal est limité en haut par le plan horizontal du voile et en bas, par un plan horizontal tangent à la base de la langue. Je considère comme base schématique de la langue une droite reliant les sommets des angles formés par la langue et les piliers. Je comprends dans le pharynx buccal l'isthme du pharynx.

1° *Pharynx d'animaux morts.*

Je me suis servi de larynx appartenant à des espèces différentes et pourvus de leurs enveloppes pharyngiennes. Les résultats différents obtenus dans la série des épreuves ne sont pas dus à la variété des organes, mais à la variété des conditions expérimentales.

Je ne présente pas mes expériences sur le bœuf, le cheval et le mouton comme ayant un caractère particulier à chacun de ces animaux, mais comme étant simplement des séries dont les conditions ont été le plus variées possible.

J'ai donné aux organes observés l'attitude phonatoire et la tension permettant d'obtenir un cri plus ou moins spécifique au moyen d'une soufflerie [1].

Bœuf. — J'introduis le T.D. rempli de fumée, horizontalement sous le voile, évitant de le soulever, de façon à ce que l'orifice 1 affleure le bord postérieur du voile sans le dépasser; la vitesse de la fumée est positive : $v = +6$, si le tube est horizontal, et $+5$, si le T.D. suit la direction oblique du voile d'arrière en avant et de bas en haut.

J'engage le T.D. plus profondément de façon à ce que l'orifice 1 dépasse le bord postérieur du voile en arrière de 2 centimètres; le sens de la fumée devient négatif et un seul coup de pompe expulse la fumée du T.D. par l'orifice nasal. Si l'extrémité 1 du T.D. dépasse le bord postérieur du voile de 3 centimètres, la vitesse de la fumée reste négative et de même intensité.

Le T.D. étant poussé enfin presque contre la paroi du pharynx, tout en restant dans le P.V.S.F. et horizontal, le mouvement se ralentit légèrement : $v = -5$, mais sans changer de sens.

Je déplace parallèlement à lui-même le T.D. de dedans en dehors, jusqu'à ce que l'extrémité 1 soit en rapport avec le sommet de l'angle formé par le bord postérieur du voile et la membrane pharyngienne latérale : $v = +6$.

1. Voir fig. 4, page 181 des *Archives internationales de laryngologie*, tome XXVI, n° 4, juillet-août 1908.

L'extrémité 1 étant appliquée contre la base de la langue à 8 centimètres en avant de la pointe de l'épiglotte : $v = +4$.

Dans le même plan vertical, en relevant parallèlement le T.D. contre le voile, à la même distance de l'épiglotte : $v = +6$.

Dans ces expériences, l'épiglotte du bœuf, qui vient normalement s'emboîter dans le bord postérieur arciformé du voile, a été dégagée en tendant celui-ci longitudinalement et latéralement. Cette disposition fait passer le plan du voile prolongé, par une ligne horizontale intermédiaire entre l'épiglotte et les apophyses antérieures des aryténoïdes.

Cheval. — Le T.D. chargé de fumée, est introduit horizontalement dans le P.V.S.F. de façon à ce que son extrémité 1 soit le plus près possible de la paroi inférieure du voile, à l'entrée du tuyau lingo-vélaire. Un seul coup de pompe suffit à vider le tube, mais la fumée, à sa sortie du T.D. forme un nuage épais restant sur place.

J'abaisse le T.D. parallèlement à lui-même, dans le même plan vertical, jusqu'à ce qu'il repose sur la langue ; la vitesse reste positive, mais est réduite de moitié.

Dans les expériences qui précèdent, je n'ai introduit dans le gros tube que l'extrémité 2 du T.F.

J'introduis tout le segment droit du T.F. dans le gros tube jusqu'à l'ampoule. En deçà de l'épiglotte, le T.F. se vide après quatre coups de pompe ; au delà de l'épiglotte, le T.F. se vide positivement en deux coups de pompe.

2° *Pharynx d'animaux vivants.*

Le seul animal qui m'ait permis d'étudier les courants aériens dans la cavité pharyngienne moyenne est le chat. L'animal est garrotté sur le travail, dans le décubitus dorsal, la gueule maintenue ouverte au moyen de deux anses de fil solide passées derrière les canines et tirées en sens inverse. Un fil de soie est passé au travers de l'extrémité de la langue pour en modérer le mouvement. On ne peut évidemment ne se servir que du t.d. comme tube explorateur à cause des petites dimensions de l'organe.

Je place le tube obliquement de haut en bas et d'avant en arrière, le plus près possible de l'horizontale, contre la langue, de façon à ce que l'extrémité 1 soit à 2 centimètres en avant de l'épiglotte. J'observe, à chaque émission vocale, un petit filet de fumée qui se dirige rapidement d'avant en arrière vers la pointe de l'épiglotte. Si j'élève parallèlement le t.d. à 4 millimètres au-dessus de la face supérieure de la langue, le courant de la fumée du t.d. devient positif.

La langue étant tirée légèrement en avant, je place l'extrémité 1 du t.d. chargé de fumée dans le P.V.S.F. contre la langue et au niveau des attaches linguales des piliers antérieurs, la fumée est attirée sous forme d'un mince filet très visible et ayant comme direction le dessous de la pointe de l'épiglotte.

Le t.d. est déplacé d'arrière en avant dans le P.V.S.F. et contre la langue de façon à ce que l'extrémité 1 s'éloigne lentement de la pointe de l'épiglotte. A 3 centimètres en avant des attaches linguales des piliers, on constate encore ce mouvement négatif.

Le T.D. placé dans les mêmes conditions donne un courant positif. Il semble donc que le mouvement rentrant soit localisé dans une région très restreinte s'élevant à 3 ou 4 millimètres au plus au-dessus de la face supérieure de la langue.

Pour faire pénétrer plus avant le tube explorateur chargé de fumée, il faut ou déprimer la langue, ou soulever le voile.

Je déprime la langue avec le T.D. horizontal, en faisant passer l'extrémité 1 au-dessus de la pointe de l'épiglotte : le courant augmente d'intensité, mais devient négatif : $v = -5$.

Je soulève, au moyen du T.D. horizontal, le voile, sans abaisser l'épiglotte, de façon à ce que le plan de l'orifice 1 du T.D. soit compris dans le plan vertical transversal passant par le bord postérieur du voile; le courant est négatif : $v = -6$. Je rappelle que, dans l'exploration du pharynx nasal, le T.D. placé immédiatement au-dessus du voile, dans le P.V.S.F. et l'extrémité 1 affleurant le bord vélaire postérieur, la vitesse était positive et de même intensité $+6$.

Si on abaisse l'épiglotte au lieu de relever le voile jusqu'à ce que l'extrémité 1 du T.D. atteigne le plan vertical transversal contenant le bord postérieur du voile, la vitesse de la fumée change de sens et diminue d'intensité : $v = -4$.

Le T.D. poussé horizontalement jusqu'à ce que l'orifice 1 soit très près de la paroi pharyngienne, le courant reprend toute son intensité, mais devient négatif.

Dans la mise en attitude phonatoire de l'organe laryngo-pharyngé du cheval, il importe encore plus que pour le bœuf de dégager l'épiglotte qui se trouve être non plus seulement en rapport immédiat avec le bord postérieur du voile, mais qui surplombe celui-ci et émerge dans le pharynx nasal.

Mouton. — J'encastre un gros tube de verre de 17 millimètres de diamètre intérieur et de 12 centimètres de longueur dans le tuyau linguo-vélaire en ayant soin que l'extrémité 1 de mon gros tube reste en deçà de l'épiglotte. Le T.D., chargé de fumée, placé

à l'entrée du gros tube, donne + 4. Si j'engage le gros tube plus avant en le faisant passer au-dessus de l'épiglotte, la vitesse n'est pas changée de sens mais est accrue : + 5.

Je reprends les mêmes épreuves en obturant hermétiquement l'orifice pharyngo-vélaire. Quand le gros tube reste en deçà de l'épiglotte, la vitesse de la fumée a le même sens et la même intensité : v = + 4 que si l'orifice pharyngo-vélaire était libre. Si le gros tube déprime l'épiglotte, la vitesse positive de la fumée devient explosive.

Le gros tube étant engagé en deçà de l'épiglotte, le T.F. est introduit par son segment droit dans l'orifice 2 de celui-ci. Trois coups de pompe sont nécessaires pour vider le T.F. positivement. Si le gros tube est engagé de façon à franchir l'épiglotte, deux coups de pompe suffisent à vider le T.F.

Le T.F. étant chargé de fumée, je place l'extrémité de son segment courbe entre le pilier antérieur, attiré en avant par une traction sur la langue, et la joue. J'observe un courant rentrant qui contourne le bord des piliers antérieurs et se précipite vers les parois latérales du pharynx buccal.

Si je place l'orifice du segment courbe du T.F. dans l'angle dièdre formé par le pilier et la paroi latérale du pharynx buccal, je constate le même phénomène, c'est-à-dire un mouvement de la fumée, d'avant en arrière et de haut en bas, se dirigeant vers la paroi latérale du pharynx buccal.

Si l'orifice du T.F. est placé dans le plan vertical comprenant les piliers antérieurs, c'est-à-dire transversal, au centre de l'isthme, la fumée subit un mouvement d'avant en arrière, mais son mouvement négatif est interrompu à la sortie de l'extrémité du T.F. et la fumée est ensuite expulsée d'arrière en avant par la cavité buccale.

A 2 cm. en avant du plan des piliers, à égale distance du voile et de la langue, on observe le même mouvement négatif.

Immédiatement contre la paroi inférieure du voile et en avant de la jonction des piliers, le mouvement reste négatif.

Si je place le T.F. de façon à ce que la paroi convexe de son segment courbe soit en rapport avec le palais et le voile, l'axe du T.F. restant dans le P.V.S.F., le mouvement de la fumée devient positif en haut de l'isthme. Si je fais descendre l'extrémité du segment courbe vers la langue, c'est-à-dire vers le bas de l'isthme, la vitesse de la fumée, à un endroit donné, change de sens. Le changement de sens de la fumée se fait à peu près au milieu de l'isthme à égale distance du voile et de la langue.

Le t. c. étant placé de manière à ce que le petit segment dépasse le bord postérieur du voile au repos entre deux émissions et soit maintenu au même point pendant l'émission qui relève toujours le voile, on constate un mouvement négatif de la fumée qui est ensuite expulsée par la cavité buccale.

Le t. d. placé au centre du pharynx buccal à égale distance de la paroi supérieure, des parois latérales et des plans limites supérieur et inférieur du naso-pharynx, donne un mouvement négatif de la fumée. Celle-ci est ensuite expulsée par la cavité buccale. (*A suivre.*)

VI. — RECHERCHES HISTORIQUES

HISTOIRE DE L'OTOLOGIE DE POLITZER

(*Suite.*)

Par **C. CHAUVEAU**.

Si Du Verney a fait progresser l'otologie de la façon brillante que l'on sait, il n'eut, redisons-le, ni émules, ni même de pâles imitateurs, dans tout le cours du XVII^e^ siècle, non seulement en anatomie et en physiologie, mais même en pathologie. La médecine, il est vrai, s'était de nouveau égarée à cette époque dans l'esprit de système. Iatro-mécaniciens et iatro-chimistes s'épuisaient en disputes vaines et en conceptions chimériques dont il ne nous est rien resté. Aussi, malgré l'accroissement très marqué que subit à cette époque la littérature médicale, dans tous ces nombreux auteurs dont Politzer nous donne l'énumération et parfois l'analyse, il est impossible de noter non pas une découverte de valeur incontestable, mais même la promesse d'un progrès. L'esprit humain a, dans ses divers domaines, de ces périodes de stérilité, dont l'explication peut être donnée jusqu'à un certain point, mais qui surprennent ici d'autant plus que tout semblait concourir pour procurer à l'art de guérir un renouveau véritable.

Valsalva. — Le XVIII^e^ siècle devait heureusement porter remède à l'infécondité de l'otiatrique pendant la plus grande partie de l'époque précédente. Et, tout d'abord, il offre à notre admiration l'œuvre d'un très grand esprit, Valsalva, tout imprégné déjà ainsi que Du Verney de l'esprit scientifique actuel, c'est-à-dire chercheur infatigable, vérifiant tout par lui-même et appuyant sans cesse la pathologie sur les données anatomiques et anatomo-pathologiques. Digne élève de Malpighi, il étudia avec une patience géniale les détails les plus fins de l'appareil auditif, tels que les lacunes des parois de la caisse au niveau du tegmen tympani, et ne laissa presque rien échapper, grâce à une patience et à une sagacité merveilleuses. Du Verney avait presque entièrement débrouillé ce qui a trait aux parties dures de l'oreille. Restaient les parties molles dont l'étude était naturellement beaucoup moins avancée. Valsalva, grâce à ses dissections innombrables et à ses méthodes perfectionnées d'investigation en fit le domaine propre de ses recherches. Il étudia, d'une façon très satisfaisante pour l'époque, les glandes à cérumen du conduit auditif externe, les ligaments d'insertion du pavillon, les incisures du cartilage de celui-ci, déjà signalées, du reste, notamment par Du Verney. Il assigna deux couches à la membrane du tympan, l'une externe cutanée, l'autre interne se confondant avec la membrane qui tapisse la caisse et qu'il appelle dure-mérienne. Il montra que le prétendu trou de Rivinus

n'existe pas à l'état frais. Les osselets de la cavité tympanique furent décrits avec une minutie et une exactitude inconnues jusqu'à lui, mais que devait dépasser encore plus tard Morgagni. Il débrouilla la structure de la trompe et détermina son mode d'abouchement dans la caisse. Il fixa enfin l'état de la science sur la musculature de cette cavité qui avait soulevé autrefois tant de disputes.

Mais le mérite principal de Valsalva est d'avoir fait progresser véritablement nos connaissances sur le labyrinthe. Il indiqua par des mesures précises la situation, la direction et les orifices d'abouchement des canaux semi-circulaires. Il soumit à une investigation approfondie la rampe du limaçon et la scala vestibuli. Il commença véritablement l'étude du labyrinthe membraneux que son élève Morgagni devait poursuivre avec tant de succès. C'est sur cette portion membraneuse que se termineraient, dit-il, les ramifications du nerf auditif. Certes, sur tous ces points, l'écrivain en question reste encore bien obscur, bien imprécis ; mais c'était déjà un grand point d'indiquer la voie à suivre. Comme Du Verney, comme plus tard Morgagni, Valsalva reconnut à plusieurs reprises l'existence d'une sérosité dans les cavités de l'oreille interne seulement ; mais il ne sut pas entrevoir la constance de celle-ci et sa haute signification physiologique. Le mérite de cette constatation était réservé à Cotugno.

En physiologie auriculaire, l'illustre chercheur se montre d'une prudence louable. Ennemi des théories aventurées appuyées ou non sur la physique de l'époque, il dénie au tympan une grande importance fonctionnelle, parce que, dit-il, la perforation de cette membrane et parfois sa destruction n'abolit pas l'ouïe. Cependant, dit-il, sa présence facilite le transport du son au labyrinthe par la chaîne des osselets. Les muscles du marteau et de l'étrier, en régularisant le jeu de celle-ci éviteraient par cela même les ébranlements trop violents. Ses idées sur la physiologie du labyrinthe sont à peu près celles de Du Verney ; mais il pense que l'impression sonore se fait sur les parties molles qui constituent la véritable zone sonore. Le son mettrait en jeu finalement les bandes fibreuses qui parcourent la rampe du limaçon à l'instar des cordes des instruments à vent.

Le côté pathologique de l'œuvre de Valsalva est certainement plus faible que le côté anatomique et même physiologique, mais n'est pas néanmoins à mépriser. Il a reconnu la véritable nature et le mécanisme des bouchons cérumineux. Il a inspecté pour la première fois le tympan chez le sujet vivant. Il a instauré un moyen pratique, quoique imparfait, d'aérer la caisse (épreuve de Valsalva) utilisant à ce point de vue les vagues indications de l'arabe Mésué et des chirurgiens médiévistes Salicetti, Bruno, Arnaud de Villeneuve, etc.). Il reconnut d'une façon indubitable les communications des cellules mastoïdiennes avec la caisse. Chez un malade atteint de fistule de l'apophyse, une injection par le trajet serait ressorti en effet par le pharynx. Il remarqua enfin que des ulcères pharyngés situés près de l'orifice de la trompe empiraient, en se cicatrisant, de la façon la plus défavorable l'état de l'ouïe. Du reste, dit-il, pareille

chose peut se voir aussi quand l'angine intéresse l'épaisseur du pharynx.

Morgagni. — Morgagni perfectionna l'œuvre de Valsalva dont il admirait beaucoup le génie, mais qu'il n'hésitait pas à contredire quand l'intérêt de la vérité semblait l'exiger. C'est lui qui édita le traité de son maître et le commenta dans ses célèbres *Epistolæ anatomicæ*. Politzer fait avec raison les plus grands éloges de ce célèbre professeur de Padoue qui contribua beaucoup à donner enfin à l'otiatrique son caractère moderne actuel. Profondeur de vue, esprit critique des plus plus avisés, travail infatigable, dons cliniques les plus rares, goût invincible pour les recherches nécroscopiques, toutes ces qualités rares lui permirent de tirer l'étude des maladies des oreilles, comme celle des maladies du larynx, de la période d'enfance où elles se trouvaient depuis si longtemps. A ce double point de vue, notre spécialité lui doit la plus grande reconnaissance. Nous serons brefs sur son œuvre qui est encore aujourd'hui des plus connues. Les lettres anatomiques III, IV, V, VI, VII, XII et XIII sont consacrées, comme on le sait, à l'appareil de l'ouïe. Dans la première, il étudie surtout les glandes à cérumen; dans la quatrième, le pavillon et le conduit; dans la cinquième, le tympan et la caisse; dans la sixième, les osselets et leurs muscles; dans la septième, la fenêtre ronde, la fenêtre ovale et la trompe; dans la douzième, le labyrinthe; dans la treizième, le fonctionnement de l'ouïe. Il a montré exactement le domaine qu'occupent les glandes cérumineuses. A propos du pavillon, il signale, d'après Méry, ses mouvements chez certains individus. Il montre que les incisures du cartilage sont recouvertes par des portions fibreuses d'insertion. Il rejette la membrane épidermo-sébacée du tympan, signalée chez le nouveau-né, comme étant adventice, pour s'en tenir aux deux couches de Valsalva. Il a signalé dans les cellules mastoïdiennes l'existence d'une membrane analogue à celle qui tapisse les cavités accessoires des fosses nasales. Il a fait mieux connaître les fenêtres ronde et ovale de la caisse et indiqué avec la dernière minutie les plus petits détails de conformation des osselets, notamment de l'étrier. Il leur assigne un périoste, contrairement aux affirmations de Valsalva, tranchant ainsi une question alors très controversée et qui avait suscité beaucoup de disputes. Il connaît l'origine sinon le mode de terminaison de l'aqueduc du vestibule. Il découvre la dépression connue actuellement sous le nom de sulcus Morgagni. Il décrit bien mieux que Valsalva le labyrinthe membraneux et mentionne l'origine cochléaire de l'aqueduc du limaçon.

Ses recherches anatomo-pathologiques sont non moins précieuses que ses investigations anatomiques. Il a indiqué que les lésions auriculaires amenaient une suppuration endocranienne et que l'abcès du cerveau était consécutif, non primitif comme le voulaient les humoristes antiques. Il a montré que l'absence ou la destruction de l'étrier amenaient de la surdité. Pour faciliter la technique de l'ablation des corps étrangers, il rappelle le mode d'illumination de

l'oreille proposé par Fabrice de Hilden. Dans le cours de fièvres malignes graves, il a vu de la surdité survenir. Or, à l'autopsie, en même temps qu'on constatait l'intégrité du cerveau, on trouvait la caisse pleine de pus. Dans le cours de la pneumonie, il aurait noté un cas d'otite dite métastatique (pneumoconiose généralisée). Enfin, il a rapporté quelques cas de traumatismes auriculaires qui ne sont pas dépourvus d'intérêt.

Morgagni eut encore la gloire de former des élèves illustres tels que Scarpa et Cotugno. Mais, avec ces écrivains, nous entrons dans une période franchement moderne et qui est beaucoup mieux connue de la majorité de nos contemporains. Nous nous bornerons donc, considérant toute analyse ultérieure désormais comme superflue (car, pour être utile, elle devrait rentrer dans les plus minutieux détails), à signaler l'étude si consciencieuse, si intéressante et d'un caractère si élevé, que Politzer, l'éminent maître de l'Université de Vienne, a consacré à tous les auteurs qui suivent, dont les efforts et le zèle infatigable ont fait l'otologie telle qu'elle est maintenant pour l'honneur de la médecine et pour le plus grand bien des malheureux patients.

VII. — RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

I. — Un cas d'hémiatrophie faciale traité par les injections de paraffine

Par **M. MENIER** (de Figeac)

En avril 1908, une jeune fille de vingt ans, originaire du département de l'Aveyron, vint me consulter au sujet d'amygdalites à répétition, justiciables tout au plus de l'eau oxygénée. Mais, elle présentait une atrophie faciale portant sur le côté gauche. Je dois avouer que bien que connaissant l'existence du travail de Romberg (je crois) et la thèse de Lande sur l'hémiatrophie faciale progressive, c'était le premier cas que je voyais. Il était difficile de me documenter sur la question : les manuels ordinaires n'en parlant pas [1].

J'eus, quelques mois après, la chance de trouver dans le *Deutsche Med. Wochenschrift* du 23 juillet, une observation de Strassburger (Société médicale de Bonn, séance du 10 mars 1908) présentant beaucoup d'analogie avec la mienne. Voici ce que dit l'auteur allemand.

« Chez le malade, à la suite d'un traumatisme du côté gauche du crâne se développa une atrophie particulière, faciale, partielle du même côté. L'atrophie n'atteint que le tissu cellulaire sous-cutané, tandis que la peau, les os, les muscles (en tant qu'il puisse être question de ces derniers d'après la localisation de la partie malade) sont intacts.

« Il ne convient donc pas de parler ici d'hémiatrophie faciale progressive ; on pourrait cependant dénommer cette affection « atrophie circonscrite du tissu adipeux de la face » (*umschriebener Fettgewebsschwund des Gesichts*). Quant à la cause de ce trouble trophique, on pensera tout d'abord, pour le cas présent, au sympathique : en dehors de la sensibilité circonscrite à la pression sur le côté gauche du cou (correspondant à la situation du premier ganglion cervical) parle en faveur de cette opinion le fait que la pupille gauche est plus étroite que la droite et n'est pas dilatée par la cocaïne qui, nous le savons, excite les terminaisons nerveuses du dilatateur de la pupille et cependant, il n'existe pas ici d'obstacle mécanique. Par contre, la pupille de l'autre côté réagit promptement avec la même quantité de cocaïne. On trouve dans la littérature peu de détails sur l'état décrit ici. Quelques cas semblables ont été décrits sous le nom

1. Il y a aussi sur ce sujet une thèse de Dorpat-Jurjew (Russie) en allemand dont je connais l'existence, mais que je n'ai pu me procurer.

d'hémiatrophie faciale progressive, dénomination à laquelle ils n'avaient aucun droit. »

Dans le cas de la jeune fille, il était impossible de trouver trace ni de traumatisme, ni de stigmates quelconques. Le cas, au point de vue objectif, correspondait à celui de Strassburger, avec la différence cependant que la sensibilité douloureuse, et le rétrécissement pupillaire manquaient. Il n'est pas cependant exclu qu'un traumatisme ait pu se produire à l'âge de sept ans



Fig. 1.



Fig. 2.

(époque du début de l'affection) et ait pu passer inaperçu. D'après les commémoratifs, la déformation aurait été d'emblée telle qu'elle est aujourd'hui, ou du moins, semble-t-il, on ne l'aurait remarquée que lorsqu'elle aurait été complète et définitive. Quoi qu'il en soit, les deux photographies ci-dessous rendent avec fidélité la physionomie de la jeune fille (fig. 1 et 2).

Ayant constaté l'élasticité relative, le bon état de la peau, et son adhérence peu marquée, c'est-à-dire l'existence d'une place virtuelle pour un corps étranger, je proposai à la malade des injections sous-cutanées de paraffine, comme un moyen possible de corriger ou au moins d'atténuer la disgracieuse difformité. Un essai timide me convainquit qu'on pouvait espérer réussir, et, enhardi, je pratiquai à intervalles assez rapprochés (tous les dix jours environ) de nombreuses injections de paraffine, tou-

jours en petite quantité, redoutant ici surtout d'en injecter plutôt plus que moins.

Au bout des injections, du nombre desquelles je n'ai pas tenu un compte exact, nous arrivâmes à un résultat (fig. 3 et 4) qui sans être esthétiquement parfait a eu le double avantage de satisfaire la patiente et de lui éviter l'indiscrète curiosité cam-



Fig. 3.



Fig. 4.

pagnarde dont, en chemin de fer surtout, elle avait beaucoup à souffrir.

Je suis persuadé que si les injections de paraffine avaient été pratiquées plusieurs années avant, le résultat aurait été bien meilleur, pour ne pas dire parfait. On eût ainsi évité, sans nul doute, l'abaissement de la paupière inférieure (presque un début d'ectropion) et l'ascension de la fente buccale et de la commissure des lèvres qui viennent encore contrarier le galbe déjà si compromis de cette face atrophiée [1].

1. Un cas de cette nature ne rentre peut-être pas directement dans le cadre de cette *Revue*, mais comme pour l'instant, la seringue à paraffine est surtout entre les mains des rhinologistes, j'ai cru bien faire en le publiant ici.

II. — Sarcome débutant de la cloison ; Opération radicale [1].

Par **GORIS** (de Bruxelles).

La petite tumeur que j'ai l'honneur de vous présenter est un sarcome dont le diagnostic précoce a permis une opération, précoce également, et large.

La patiente à qui je l'ai enlevée est une personne âgée de 24 ans et qui saignait abondamment du nez.

Comme ses épistaxis ne cédaient pas, elle s'adressa au Dr Baudouin, spécialiste à Namur, qui constata sur la partie cartilagineuse de la cloison une petite tumeur saignant au moindre attouchement, et qu'il enleva par les voies naturelles.

L'examen microscopique fait par le Dr Haibe, directeur de l'Institut provincial de microbiologie, démontra qu'il s'agissait d'un sarcome globocellulaire : aussi la récidive presque immédiate vint-elle confirmer le diagnostic microscopique.

Le Dr Baudouin eut l'amabilité de m'adresser la malade pour l'opération radicale, qui fut du reste fort simple.

Après avoir fait le tamponnement postérieur de la narine gauche, je détachai cette narine jusqu'à sa racine pour me créer du jour ; puis j'excisai au bistouri une portion du cartilage de la cloison portant à son centre la tumeur, en ayant soin de rester dans tous sens à un centimètre de celle-ci. J'obturai enfin la perforation laissée par cette ablation au moyen d'un grand lambeau de muqueuse à pédicule postérieur très mobile, que je fixai par de fines sutures au catgut au pourtour de la perte de substance.

Réunion par première intention de ces sutures, ainsi que de la suture naso-génienne (endermique celle-ci, afin de ne pas laisser de traces).

Aurons-nous une récidive ? L'avenir le dira. En tous cas, s'il est permis d'espérer un bon résultat définitif, c'est bien ici où l'opération a été large et précoce.

III. — Fragment de curette de Gottstein avalé par un enfant de 26 mois et rendu dans les selles.

Par **C. CHAUVEAU.**

Le mercredi 16 mars 1908, adénotomie chez un enfant de 26 mois, particulièrement chétif. La curette choisie ne présentait, en apparence, rien d'anormal. Au moment de l'effort de sectionnement,

1. Communication à la Société allemande de laryngologie à Heidelberg, juin 1908.

rupture nettement perçue de l'instrument. L'extrémité de l'abaisse-langue maintenue au contact de la paroi postérieure pharyngée, une autre curette nettoie rapidement le cavum, ramène tout ce qui l'encombrait et repasse à blanc. Quand le voile du palais est ramené en avant, plus rien ne descend du naso-pharynx qu'une insignifiante nappe sanguine.

La première curette avait laissé dans le cavum la plus grande partie de sa lame tranchante, 9 mill., et ce fragment ne put être retrouvé dans l'amas saignant entraîné par la seconde.

Frayeur des parents qui assistaient à l'intervention. L'enfant ne présentait rien de particulier.

Dans la soirée, à plusieurs reprises, vomissements de sang dégluti ; mais le fragment ne peut être retrouvé. Rien d'anormal. Nuit bonne.

Le lendemain jeudi, le petit sujet est un peu agité, refuse tout aliment ; léger mouvement fébrile. Le soir, selle peu copieuse, pas de fragment.

Vendredi, même état. L'enfant accepte cependant quelques aliments. Le soir, selle sans l'objet cherché.

Samedi, la fièvre est tombée, l'enfant joue. Étant donné quelques difficultés d'évacuation, nous conseillons un petit lavement.

Le soir, les parents nous montrent le morceau de curette retrouvé dans une selle.

Depuis, rien d'anormal.

Ce fait n'a rien d'extraordinaire. Chacun sait combien facilement des corps étrangers, même piquants, migrent dans le canal gastro-intestinal, quand ils ont franchi les passes œsophagiennes, où ils ne sont pas encore enrobés, comme ils le seront dans l'abdomen, par des sécrétions et matières diverses. Tout dernièrement encore, nous lisions, dans le *Journal de Lille*, l'odyssée d'une aiguille, par le Professeur Lavrand, et dans la *Lancet*, celle d'une épingle de sûreté ouverte avalée par un enfant de 5 mois.

Du moins, il pourra servir à rassurer, jusqu'à un certain point, de jeunes confrères qu'un incident de cet ordre inquiéterait.

VIII. — VARIÉTÉ

CRUVEILHIER

Son rôle en nosologie laryngée (*suite*).

Par C. CHAUVEAU.

La variété sus-glottique de la laryngite sous-muqueuse n'est pas autre chose, comme l'auteur le fait remarquer, que l'*œdème de la glotte*, si parfaitement décrit au point de vue clinique par Bayle en 1808. Cruveilhier ne s'est pas servi de ce terme, parce qu'il consacrerait, dit-il, une erreur topographique et aussi anatomo-pathologique, l'infiltration des tissus étant d'origine inflammatoire et non hydropique. Nous insistons sur cette origine phlegmasique assignée par lui dans tous les cas à l'affection, parce que cette affirmation tranchante et beaucoup trop exclusive, ainsi qu'il est facile de s'en rendre compte aujourd'hui, fit pendant un temps assez long rejeter l'œdème comme facteur pathogénique du mal. Pour Cruveilhier, l'apparence souvent fort variable des altérations morbides dépend du stade où la laryngite sous-muqueuse sus-glottique est parvenue chez le sujet dont on inspecte le cadavre. « La mort a-t-elle été très rapide, les bourrelets épiglotti-aryténoïdiens sont mous, tremblottants, demi-transparents. Ils sont formés par une sérosité limpide, infiltrée dans le tissu cellulaire sous-muqueux. La muqueuse est décolorée sans la moindre trace d'inflammation. Il y a œdème dans toute la rigueur de l'acception.

« La mort a-t-elle été moins prompte, le liquide infiltré est séro-purulent ; d'autres fois, c'est une sérosité plastique, une pseudo-membrane infiltrée, qu'on ne saurait exprimer du tissu cellulaire.

« Si la malade a succombé moins rapidement encore, ce n'est plus de la sérosité ou un liquide séro-purulent, mais bien du pus infiltré, il y a alors laryngite purulente.

« Si, moins rapidement encore, lorsque par exemple le malade a vécu 5 à 6 jours, on trouve le pus ramassé en petits foyers dans un ou plusieurs points, les cartilages aryténoïdes privés de leur périoste. La membrane muqueuse présente des escarres blanches, plus ou moins irrégulières et circonscrites par un cercle de vaisseaux. La formation de ces escarres est consécutive, ainsi que le résultat du décollement qu'a subi la muqueuse par suite de l'infiltration du pus : il y a laryngite gangreneuse ».

Bayle avait signalé déjà ces différentes sortes de lésions ; mais d'après lui, celles-ci constituaient des variétés indépendantes de l'affection et non des stades consécutifs. Poussé par les tendances de l'époque, Cruveilhier se montra trop synthétique, tout en restant exact dans la majorité des cas.

Voici comment il décrit l'aspect du larynx. Sa peinture, comme on le verra, est des plus exactes, notamment la prédominance chez quelques sujets des lésions dans une moitié du larynx sans qu'il soit possible de donner de ce fait une explication tout à fait satisfaisante.

« Les replis muqueux épiglotti-aryténoïdiens qui forment les parties latérales de la région sus-glottique du larynx se présentent sous la forme de deux bourrelets volumineux contigus l'un à l'autre, obstruant plus ou moins, mais jamais complètement, le larynx. Le plus souvent, la maladie affecte également ces deux replis, dans quelques cas elle les affecte inégalement et même peut être bornée à l'un d'eux Le volume considérable qu'acquièrent ces deux bourrelets s'explique aisément et par la grande quantité de tissu cellulaire interposé aux deux feuillets muqueux, et par la nature de ce tissu qui est essentiellement séreux. Assez souvent la base de la langue, le voile du pàlais, ses piliers et le pharynx participent d'une manière plus ou moins grave à la lésion qui dans le plus grand nombre des cas est circonscrite aux replis muqueux épiglotti-aryténoïdiens, au pourtour de l'épiglotte, à la corde vocale supérieure et au tissu cellulaire sous-muqueux qui occupe la face postérieure du cartilage cricoïde. »

L'auteur conclut de ses investigations nécropsiques « que la maladie décrite par Bayle sous le titre d'œdème de la glotte, par d'autres, sous le nom d'angine laryngée œdémateuse, consiste essentiellement dans une inflammation du tissu cellulaire sous-muqueux, que l'état œdémateux n'est pas autre chose que le premier degré de la laryngite sous-muqueuse, qu'il n'y a rien de spécial dans cette maladie dont la gravité tient uniquement à des circonstances de localité. » Ici, comme en bien des cas, la topographie commanderait le pronostic comme la symptomatologie. Tous les phénomènes morbides s'expliqueraient facilement si l'on tient compte de celle-ci et de la nature des lésions. « Comme dans le croup, les accès de suffocation s'expliquent par le spasme qui s'empare des muscles de la glotte, l'intermittence des symptômes par la cessation des spasmes..... La gêne et la douleur que cause la déglutition s'expliquent par les mouvements de l'épiglotte qui ne peuvent s'effectuer convenablement. Du reste, on conçoit que l'inspiration doive être laborieuse tandis que l'expiration est libre et facile, car le vide qui s'opère dans le thorax pendant l'expiration a pour résultat le rapprochement des deux bourrelets, qui comme une soupape s'opposent à l'entrée de l'air, tandis qu'au contraire l'air expiré soulève ces bourrelets qui s'écartent pour lui livrer passage. »

Les troubles suivants constitueraient les traits principaux du tableau morbide : « 1° raucité de la voix qui s'éteint par degrés et devient aiguë, sifflante, croupale ; 2° sentiment de gêne, de douleur, de constriction, de strangulation, de la présence d'un corps étranger volumineux à la partie supérieure du larynx; 3° respiration gênée, douloureuse et bruyante pendant l'inspiration, libre et facile pendant l'expiration ; 4° toux rauque, sifflante, convulsive ; 5° accès de suffo-

cation plus ou moins rapprochés et tellement intenses que le malade saute hors du lit, comme pour échapper à une asphyxie imminente. Pendant l'accès, la face se décompose avec une effroyable rapidité ; elle devient pâle ou violacée ; elle exprime l'effroi. Toutes les puissances inspiratrices sont en jeu pour appeler l'air dans le poumon. Le malade prend instinctivement l'attitude la plus favorable à la respiration, il se tient sur son séant, renverse la tête en arrière et évite le plus léger mouvement... Sueur froide, visqueuse, pouls petit, serré, fréquent. Le malade peut périr dans l'accès qui dure de deux à cinq minutes. » En dehors de ces accès spasmodiques, la respiration serait beaucoup moins pénible tout en restant gênée. L'accès peut être subit et emporter le malade comme celui cité par Tulpius qui se mit à suffoquer en plein festin avec des grimaces si étranges qu'on crut à un jeu tout d'abord. Souvent les phénomènes sembleraient, au début, ceux d'une simple laryngite, puis le mal se caractériserait, au bout de quelques jours d'une sécurité trompeuse. Dès que celui-ci est franchement déclaré, l'évolution serait rapide et le plus souvent ne dépasserait pas cinq jours.

Mais parfois, et surtout chez les syphilitiques, l'affection aurait une marche infiniment plus lente et mériterait, suivant Cruveilhier, l'appellation de chronique.

Le diagnostic ne serait pas toujours des plus aisés malgré les particularités tranchées de la symptomatologie. En effet, beaucoup des symptômes seraient réalisés par les corps étrangers de l'organe phonateur, mais ici les commémoratifs ne seraient pas les mêmes. Le croup assez semblable aussi se rencontrerait dans l'enfance et non à l'âge adulte comme la laryngite œdémateuse sus-glottique ; d'ailleurs sans compter les différences qui existent entre les deux affections, le traitement dit Cruveilhier est sensiblement le même, puisque dans les deux cas, il faut recourir à l'intervention chirurgicale. L'exploration du thorax permettraient de constater finalement l'existence d'un accès d'asthme. L'exploration du larynx par le sthéoscope ne donnerait pas des bruits locaux comme dans la laryngite sous-muqueuse sus-glottique. Mais le mal serait beaucoup plus difficile à différencier d'un anévrisme de la crosse de l'aorte avec double paralysie des nerfs récurrents. Chez un malade, Cruveilhier était sur le point d'intervenir, car le malade présentait aussi de la raucité de la voix ; mais l'examen attentif du cœur, des gros vaisseaux, la longue durée de la dyspnée permettraient d'habitude de dissiper tous les doutes. L'inspection directe et l'exploration par le doigt fourniraient souvent des éléments de diagnostic très importants. Mais l'auteur avoue que les malades supportent difficilement le toucher parce qu'il réveille les accès ; « le doigt de l'observateur introduit à la hâte, apprécie d'ailleurs difficilement les bourrelets molasses qui cèdent sous son action ».

L'angine, les inflammations de la base de la langue, les laryngites graves et d'un caractère phlegmoneux, mais surtout la tuberculose et la syphilis seraient les causes habituelles de l'affection qui survien-

drait parfois aussi sous l'influence de causes légères pendant la convalescence de fièvres graves. Le mal étant phlegmasique, il faudrait recourir d'emblée au traitement antiphlogistique le plus énergique, tel que la saignée poussée jusqu'à la syncope. On parviendrait ainsi à faire avorter des laryngites sous-muqueuses bien nettes, ainsi que l'auteur l'a constaté à plusieurs reprises. Cruveilhier préconise soit le tubage à la façon de Desault, soit la laryngotomie qu'il ne faut pas faire d'une façon trop tardive. Quant aux mouchetures proposées par Lisfrauc, leur intérêt paraît purement de nature théorique : « je doute que cette opération ait jamais été pratiquée ».

Phtisie laryngée. — Abordant ensuite la difficile question de la phtisie laryngée et des problèmes ardus qu'elle soulevait dès les premières années du XIXe siècle, l'auteur se demande si le mal n'est qu'une vulgaire phlogose, ou si l'inflammation chronique devient pour la phtisie un terrain favorable d'évolution ? D'autre part, la phtisie laryngée peut-elle être primitive et non secondaire, comme cela s'observe en clinique ?

L'écrivain n'ose se décider : « Toute laryngite chronique, dit-il néanmoins, négligée ou mal traitée, peut devenir ulcéreuse ; j'ai vu les individus les plus vigoureux et les moins prédisposés succomber victimes de cette maladie. »

Néanmoins cette conception anatomopathologiste, par trop simpliste et empreinte d'un physiologisme grossier, à la Broussais, ne pouvait satisfaire un observateur de la valeur de Cruveilhier. Aussi ajoute-t-il comme correctif : « Toutefois, nous devons dire que chez les individus disposés aux tubercules pulmonaires, la maladie marche avec bien plus de rapidité ». Les follicules, les aphtes sont l'origine, pense-t-il, d'altérations laryngées superficielles, parfois très nombreuses, ainsi qu'il l'a constaté quelquefois.

Comme plus tard Trousseau et Bellac et ainsi que la plupart des nosologistes contemporains, Cruveilhier confond différents processus chroniques vénériens ou non de phtisie laryngée sans lésions avec la tuberculose. Sa description symptomatique assez courte repose, semble-t-il, plutôt sur des conceptions théoriques que sur l'observation minutieuse des faits. Cependant, la toux superficielle sèche, quinteuse, pénible, les troubles de la voix, la dysphagie sont assez bien décrits. Confondant le mal avec différents processus chroniques, de nature bien différente, l'auteur, ainsi que ses contemporains, se montre moins pessimiste que l'ont été beaucoup de ses successeurs immédiats, bien qu'il conclue à une terminaison fatale chez la plupart des malades.

Les lésions macroscopiques sont exposées sommairement, mais bien caractérisées, notamment la déchiqueture des cordes vocales et la périchondrite du cricoïde.

A ce moment du XIXe siècle, on s'efforçait encore, comme l'avait fait Cayol, de distinguer la phtisie laryngée de la phtisie trachéale. Quant à la nature vénérienne ou tuberculeuse des lésions considérées, elle n'est pas même esquissée. Il faut dire du reste que l'ar-

ticle de Cruveilhier, par ses dimensions, forcément très réduites, prêtait peu aux discussions encore nuageuses si on en exceptait les commémoratifs et les résultats souvent difficiles à interpréter du traitement spécifique (*Voir le Dictionnaire en 15 volumes*).

Par ce que nous venons de voir sur la transformation admise de la *laryngite chronique* en phtisie laryngée, on peut se rendre compte de la différence considérable qui existe entre nos vues actuelles et celles des contemporains de Cruveilhier égarés par les conceptions de Broussais. La forme chronique du catarrhe de l'organe phonateur n'est du reste qu'esquissée très sommairement, l'auteur se contente de l'appeler primitive, de la distinguer théoriquement de la phtisie laryngée, mais pratiquement, il semble les confondre, du moins au proint de vue symptomatique, de telle sorte qu'il n'en donne pas en réalité de description particulière.

Rien de bien spécial à dire de la façon dont l'écrivain a tracé l'histoire de la *laryngite aiguë*, dont il reconnaît deux variétés principales : la catarrhale et la pseudo-membraneuse. Il semble accorder dans certains cas à la première de celles-ci une gravité analogue à celle du croup, confondant probablement le catarrhe aigu avec notre laryngite phlegmoneuse actuelle. Quoi qu'il en soit, que l'inflammation soit simple ou diphtérique, le danger serait à peu près le même et résiderait en une obstruction mécanique des voies aériennes.

Pas plus que ses collègues des hôpitaux ou de la Faculté, Cruveilhier ne s'est encore rallié à l'idée de la diphtérite, maladie générale, conception brillante que Trousseau développera beaucoup plus tard. Voici pour les symptômes : « Le caractère commun de toutes les laryngites est l'altération de la voix qui devient rauque, voilée, grave lorsque l'inflammation a peu diminué les dimensions de la glotte, éteinte même lorsque le rétrécissement est plus considérable. A ce symptôme qui est pathognomonique se joignent les phénomènes suivants : sentiments de gêne, d'embarras et de douleur au larynx, douleur excitée ou du moins augmentée par une pression latérale exercée sur le cartilage thyroïde, toux laryngée incommode, douloureuse, quelquefois convulsive, effort de timbre exagéré de la voix d'abord sèche et sans matière ; elle est bientôt accompagnée d'une expectoration muqueuse transparente, puis opaque et mucopurulente. La respiration est plus ou moins gênée, surtout quand le premier temps de l'inspiration est sifflant. La déglutition est plus ou moins douloureuse, indépendamment de toute inflammation du pharynx. »

REVUES ET COMPTES RENDUS

I. — SOCIÉTÉS SAVANTES

I. — *SOCIÉTÉ PARISIENNE DE LARYNGOLOGIE D'OTOLOGIE ET DE RHINOLOGIE*

Séance du 8 janvier 1909.

Président : Mounier.

Secrétaire général : Veillard.

Appareil dilatateur des ailes du nez, par Robert Foy. — L'auteur présente un dilatateur nasal fait d'un simple ressort nickelé, qui ne prend d'appui qu'à la face interne des ailes du nez, sans toucher à la cloison. Ses avantages sont : mise en place des plus faciles ; impossibilité pour les ailes du nez de s'appliquer contre la cloison à l'inspiration, attirées par le vide thoracique ; possibilité des exercices de résistance développant les ailes du nez, celles-ci se contractant activement sur le ressort. Enfin, cet appareil peut être gardé, non seulement pendant les exercices de rééducation, mais au besoin toute la journée.

Courtade a imaginé, il y a longtemps, un dilatateur des narines composé d'une lame d'acier mince, en ellipse très allongée, de la forme et de la dimension d'une narine normale ; un petit crochet adapté sur l'un des bord s'arc-boute contre la sous-cloison et l'empêche de remonter dans la fosse nasale ; une gaine mince de caoutchouc le préserve de la rouille. Les tracés de la respiration, pris avec le pneumodographe de l'auteur avant et après l'application du dilatateur, montrent bien les résultats qu'il peut fournir en particulier dans le cas de rétrécissement d'une narine par la déviation du bord antérieur de la cloison. Dans l'aspiration bilatérale des ailes du nez, deux dilatateurs elliptiques sont nécessaires et peuvent être reliés par un étrier qui embrasse la sous-cloison.

La quinine dans la toux spasmodique nocturne de la grippe laryngo-trachéale, par Jules Glover. — L'auteur, dans les cas où les les moyens habituels ont été impuissants, recommande l'emploi du sulfate de quinine à dose élevée : 0 gr. 75 ou 1 gramme par jour pendant plusieurs jours. Quel que soit le mode d'action du médicament, action vasculaire, vaso-constrictive, etc., on a ainsi raison de phénomènes parfois opiniâtres et fort pénibles.

Fonction amygdalienne. Troubles vaso trophiques nasaux et pharyngiens. Opothérapie, par Jules Glover. — En dehors des phéno-

mènes infectieux, on observe, au niveau des amygdales palatines et pharyngées, des troubles vaso-moteurs et sécrétoires. Il est, de plus, assez habituel de voir une diminution de volume des amygdales palatines, à la suite de l'ablation de l'amygdale pharyngée, même assez marquée pour dispenser, dans la suite, de toute intervention sur celles-là. Si l'on se base sur la coordination fonctionnelle des glandes à sécrétion interne, on peut admettre, dans ces cas, une suffisance compensatrice, une hypertrophie par corrélation dans le but d'une accommodation fonctionnelle, en vue de l'harmonie entre les organes. Le syndrome de Basedow a été décrit chez les adénoïdiens et on a considéré les végétations adénoïdes et les hypertrophies amygdaliennes comme un signe de myxœdème. Si la fonction de certaines glandes à sécrétion interne, comme la thyroïde — vu son rapport avec la croissance, — comme l'hypophyse — vu son rapport avec le gigantisme —, a une portée réelle sur la croissance et le développement de l'organisme, il n'y a pas lieu de s'étonner d'observer des perturbations fonctionnelles glandulaires plus ou moins prononcées et des poussées de croissance lorsqu'on supprime trop radicalement les amygdales, les adénoïdes.

L'opothérapie a, dans ces cas, atténué les troubles vaso-trophiques d'une façon marquée et parfois les a fait disparaître en même temps que se produisait une amélioration de l'état général. Les résultats ont été variables avec le suc organique employé. En ajoutant à l'opothérapie l'acide phosphorique à doses assez élevées, la dose opothérapique pouvait être de beaucoup réduite, et, par suite, n'être nullement toxique durant un traitement prolongé, pour obtenir les mêmes effets locaux et généraux.

Le suc amygdalien, seul ou associé à la thyroïdine et à l'hypophyse, a été employé dans certains cas de dystrophies amygdaliennes chez des enfants de cinq à quinze ans.

Avec ces divers traitements opothérapiques s'est produit un retrait assez rapide de l'hypertrophie amygdalienne en intervenant seulement sur l'amygdale pharyngée et même parfois sans aucune intervention chirurgicale, lorsqu'il n'existait aucune indication pressante d'opérer.

Les otosclérоses n'ont pas été jusqu'ici modifiées.

Lermoyez rappelle que les premiers essais de traitement opothérapique des végétations adénoïdes remontent à Hertoghe (d'Anvers) qui, vers 1898, émit cette hypothèse que les végétations adénoïdes et les troubles généraux qui leur étaient associés relevaient d'une insuffisance thyroïdienne. Il prescrivait à ses malades un traitement thyroïdien, pratiquement d'ailleurs inefficace. Lermoyez ne croit pas cependant qu'il faille abandonner l'idée de faire de l'opothérapie chez ces malades. Il admet, à la suite de nombreuses observations cliniques, que les végétations adénoïdes ne troublent pas le développement par simple obstruction mécanique, mais qu'elles doivent donner lieu à la sécrétion et à la résorption d'un poison empêchant la croissance et affectant surtout le système nerveux. Il

tendrait à admettre chez ces malades, une déviation de la fonction normale des glandes adéno-amygdaliennes, une sorte d'hyperadénoïdisme parallèle à l'hyperthyroïdisme des basedowiens.

Labyrinthites, par A. Hautant. — L'auteur a pratiqué l'évidement simple chez un malade présenté à la dernière séance et atteint de suppuration de Schrapnell avec vertiges et abolition fonctionnelle des canaux semi-circulaires. Il y avait un petit cholestéatome et de l'ostéite au-dessus de la partie horizontale du facial. Quinze jours après, la pression de la paroi labyrinthique au-dessus de la portion horizontale du facial provoque du nystagmus. Il y a retour de l'excitabilité calorique, accroissement de la valeur du nystagmus de rotation, surtout du côté malade.

Chez un autre malade, atteint de labyrinthite suppurée gauche, auquel Hautant avait pratiqué un évidement pour une otorrhée chronique, il vit se produire au cours des pansements une paralysie faciale légère et transitoire, puis une destruction fonctionnelle des deux parties du labyrinthe ; il n'y avait pas de phénomènes généraux ni méningés. Au cours d'une deuxième intervention, l'examen au stylet fit soudre du pus au niveau de la fenêtre ovale. Trépanation du promontoire, évacuation du pus. Fistule et ostéite au niveau du canal horizontal, curetage du bloc des canaux. Guérison en quatre semaines et datant de dix mois.

Opération de la sinusite maxillaire sous anesthésie régionale, par Munch. — L'auteur obtient l'anesthésie en injectant une solution faible de cocaïne dans le tronc du nerf maxillaire supérieur, à la base du crâne, là où, émergeant par le grand trou rond, le nerf aborde la fosse ptérygo-maxillaire. Tout le massif maxillaire supérieur se trouve alors insensibilisé, et l'on peut opérer par le procédé de Caldwell-Luc sans que le malade ressente aucune douleur. En outre, les suites sont très bénignes et la convalescence plus rapide que lorsqu'on intervient sous chloroforme.

Résection des éperons de la cloison nasale. Instruments. Technique. Pansements, par G.-A. Weill. — L'auteur présente des scies endonasales, minces, rigides, faites d'une lame d'acier emboutie en gouttière, ne s'enclavant pas. Il incise horizontalement la muqueuse le long du sommet de la crête et verticalement en avant sur 1 centimètre 1/2, détache la partie antérieure du lambeau, attaque l'éperon de bas en haut et achève l'exérèse par torsion. Pour panser il pousse un tampon de pinghawar entre les deux lames d'une mèche de gaze ; retire le pinghawar seul au bout de quarante-huit heures, puis deux jours après la bandelette.

Séance du 12 février 1909.

Pharyngotomie sous-hyoïdienne pour un épithélioma de l'épiglotte, par Castex. — L'auteur présente un de ses opérés, homme

de 54 ans, dont toute l'épiglotte était envahie par une tumeur qui empiétait sur la base de la langue. Pas d'invasion ganglionnaire. Douleurs très pénibles à la déglutition. Pharyngotomie sus-hyoïdienne qui donne une large voie d'accès. Enlèvement de la tumeur au thermo-cautère. Suture au moyen d'un gros fil d'argent placé de chaque côté traversant les parties molles périthyroïdiennes, passant par-dessus l'os hyoïde et formant ainsi une anse dont les 2 bouts s'entortillaient au dehors de l'incision. Suites opératoires très bonnes : pas de gêne pour la déglutition malgré la suppression de l'épiglotte.

Le résultat a été tout différent pour un deuxième malade dont le cas était analogue : il fut brusquement emporté 36 heures après l'opération par une oppression intense à siège pulmonaire. Se fondant sur cette observation et sur celle d'une laryngectomie où la trachée avait été cependant abouchée à la peau, Castex pense que quelques-unes de ces morts rapides sont explicables par un œdème pulmonaire brusque et diffus dont la cause est peut-être un réflexe parti du pneumogastrique et des filets sympathiques irrités au niveau du pharynx.

Fixation opératoire d'un pavillon dévié, par Castex. — L'auteur présente une fillette chez laquelle le pavillon de l'oreille était renversé en avant ; il a disséqué un large lambeau de peau sur la face interne du pavillon et sur la région mastoïdienne, puis a suturé les deux surfaces cruentées dans toute leur étendue en passant les fils, d'une part à travers le cartilage, d'autre part à travers le périoste.

Résultat satisfaisant.

Ulcération du voile du palais et du maxillaire supérieur, par Grossard. — L'auteur présente : 1° Un homme de 50 ans chez lequel ces lésions provoquaient une forte contracture des mâchoires. Il pense à un épithélioma ; mais la rapidité de la destruction et l'amélioration par un traitement ioduré-mercuriel, malgré la négation d'accidents primaires, le fait maintenant hésiter.

2° Une jeune fille de 20 ans atteinte depuis 6 ans d'une aphonie présentant l'aspect d'une névrose laryngée. Tous les moyens habituels dirigés pour ramener la voix ayant échoué, l'examen porta plus particulièrement sur l'état général et fit penser que cette aphonie doit avoir pour cause une compression du récurrent par un lobe thyroïdien hypertrophié chez une basedowienne.

3° Un malade atteint de paralysie de la corde vocale gauche par arthrite crico-aryténoïdienne d'origine tuberculeuse.

Cicatrisation vicieuse du pharynx, par Koenig. — L'auteur présente une fillette de 8 ans dont les piliers postérieurs sont soudés sur la ligne médiane et à la paroi postérieure du pharynx, ne laissant qu'un orifice de 7 millimètres de diamètre ; cet état serait consécutif à une double amygdalotomie faite il y a quelques années.

Trocart emporte-pièce pour l'ouverture du sinus maxillaire par voie nasale, par Paul Laurens. — L'auteur présente un instrument qu'il a fait construire dans ce but par la maison Collin. Avec lui, il obtient une large ouverture dans le méat inférieur.

Polype du sinus maxillaire, par Lermoyez. — L'auteur montre une pièce anatomique confirmant la théorie de Killian, qui place dans le sinus maxillaire le point de départ des polypes fibro-muqueux du naso-pharynx. Ce polype, du volume d'un œuf de pigeon, obstruait le pharynx nasal et sortait par la choane droite.

Quelques années auparavant, la malade avait mouché du pus vert, fétide, par la narine droite, à la suite d'une carie dentaire accompagnée de fluxion. L'écoulement du pus avait cessé, mais la diaphanoscopie montrait encore une obscurité du sinus maxillaire droit. Ablation au crochet en saisissant le pédicule : l'arrachement provoqua une vive douleur dans la joue et aux dents.

Tuberculose nasale, par Lermoyez. — L'auteur présente une malade atteinte de tuberculose nasale végétante de la partie antérieure des fosses nasales, à laquelle il a appliqué le procédé suivant : décollement de l'aile du nez, résection systématique de tout le cartilage de la cloison, curetage énergique des cornets inférieurs et du plancher. Résultat excellent sans cicatrice visible ni déformation.

Immobilisation d'une corde vocale, par Lermoyez et Poyet. — Les auteurs présentent une femme qui fut prise, vers le 15 janvier, d'une douleur violente à la déglutition et d'enrouement. On constata, quelques jours après, une rougeur vive du larynx avec des ulcérations aphteuses au-devant des aryténoïdes, aujourd'hui disparues. Huit jours plus tard, infiltration de l'aryténoïde gauche et immobilisation de la corde gauche en position intermédiaire ; cette immobilisation persiste bien qu'aujourd'hui l'aryténoïde ait repris son volume normal. On peut faire deux hypothèses : ou bien paralysie du récurrent gauche par névrite *a frigore* ou bien arthrite aiguë crico-aryténoïdienne consécutive à une infection de la muqueuse laryngée en faveur de laquelle plaident la douleur violente à la déglutition et le gonflement aryténoïdien gauche. A remarquer la rapidité avec laquelle s'est faite la compensation vocale.

Cure radicale de la sinusite maxillaire chronique par voie nasale, Mahu. — L'auteur présente : 1° Les instruments décrits dans la *Presse médicale* du 10 février 1909, savoir : une *cisaille perforatrice* fine et des *curettes à tiges malléables*, à l'aide desquelles il arrive, par la voie nasale, à trépaner la paroi sinuso-nasale après résection partielle ou totale du cornet inférieur et à cureter le sinus maxillaire ;

2° Une femme de 30 ans opérée par ce procédé le 20 janvier der-

nier et actuellement guérie. Cette malade, ayant refusé le chloroforme, fut opérée sous cocaïne en 2 séances.

1re séance, résection du cornet inférieur au rabot; 2e séance, 15 jours plus tard, trépanation et curetage du sinus. Cette dernière intervention ne dura que 8 à 30 minutes, le choc opératoire fut *à peu près nul.*

3° Une *nouvelle pince à épiglotte* très légère, destinée à saisir l'épiglotte et à la maintenir ramenée en avant par son propre poids, lorsque la forme défectueuse de cet opercule masque les cordes vocales.

Observation membraneuse complète de l'extrémité externe du conduit auditif, accompagnée d'otorrhée, provoquant des crises d'épilepsie, par Pasquier. — L'auteur présente une fillette de 8 ans qui, à 10 mois, eut une otite moyenne suppurée au cours d'une rougeole compliquée; à sa sortie de l'hôpital, le conduit était complètement obstrué. Depuis cette époque, la suppuration a persisté par un trajet fistuleux imperceptible. Quand celui-ci s'oblitère, la rétention amène de vives douleurs dans la moitié correspondante de la tête et, par deux fois, des crises d'épilepsie avec contractures et secousses convulsives de tout le côté gauche.

Traitement de l'ozène par l'étincelle condensatrice de haute fréquence, par Gendreau. — L'auteur présente 2 malades atteints d'ozène, qu'il a traités d'après les conseils de M. Zimmern. La petite électrode condensatrice montée sur le manche de Bisserié et reliée au grand résonnateur d'Oudin est introduite, pendant 5 minutes, dans chaque fosse nasale avec une longueur d'étincelles de 1 à 2 centimètres. Trois séances par semaine. Après 12 séances ces malades sont très améliorés et peuvent être même considérés comme guéris. Ils n'exhalent plus d'odeur fétide, ne rejettent plus de croûtes; leur respiration nasale est libre et l'un d'eux a retrouvé l'odorat.

II. — *SOCIÉTÉ DANOISE D'OTO-LARYNGOLOGIE*

56e et 57e séances (extraordinaires).

Président : Prof. H. Mygind.

Secrétaire : Mahler.

Compte rendu par Jörgen Möller.

Traduction par Menier (de Figeac).

Freer expose dans ces séances ses méthodes pour l'amygdalotomie et la résection sous-muqueuse de la cloison et les démontre sur des malades.

58e séance (25 novembre 1908).

Expérience acquise sur les inflammations labyrinthiques survenant au cours des suppurations aiguës et chroniques de l'oreille, par le

prof. Schmiegelow. — L'orateur a observé 41 cas de labyrinthite, survenue secondairement après otite moyenne. 31 cas étaient graves et laissèrent une surdité totale, dans 10, au contraire, c'étaient des formes plus légères, circonscrites.

On a souvent discuté le droit d'établir le concept de labyrinthite *circonscrite*, en pensant que toute affection de la partie vestibulaire, due, par exemple, à une fistule des canaux semi-circulaires, doit toujours causer une labyrinthite diffuse, de façon que non seulement l'organe statique, mais encore le limaçon sont atteints. L'auteur peut se ranger à cette opinion, en ce sens qu'il n'a jamais vu de malades chez lesquels l'appareil statique était lésé, et le labyrinthe acoustique, par contre, intact; mais, d'autre part, on peut trouver une labyrinthite secondaire limitée au limaçon avec surdité totale, tandis que l'appareil vestibulaire fonctionne normalement. Il a vu, par exemple, un cas de ce genre dans lequel au niveau du tour de spire basilaire, on trouvait de la carie de la paroi du labyrinthe.

Il n'a pas observé cliniquement de cas de fistule du canal semi-circulaire dans lequel il n'y eût pas en même temps une labyrinthite diffuse avec surdité; par contre, il a vu une série de labyrinthites légères, secondaires, dans lesquelles la fonction statique, comme l'acoustique étaient plus ou moins atteintes et il en va ainsi, en fait, dans la majorité des cas de labyrinthite dite circonscrite; ce sont des formes diffuses, mais plus légères. On ne peut donc pas aussi faire une distinction entre la labyrinthite dite circonscrite et la labyrinthite séreuse, diffuse, décrite par Alexander. L'orateur cite un cas de ce genre où il y eut guérison complète après opération mastoïdienne radicale. Les suppurations aiguës de l'oreille moyenne s'accompagnent, avec une fréquence relative, de ces labyrinthites circonscrites, tandis que dans les suppurations chroniques, il est plus rare de trouver de tels cas passagers.

Peut-être s'agit-il, dans ces cas, d'une suppuration circonscrite des canaux semi-circulaires et avec modifications secondaires diffuses, séreuses, du reste du labyrinthe qui est peut-être séparé, par des adhérences, du foyer purulent du canal semi-circulaire. Pour le moment, il n'existe pas encore d'autopsie d'un malade ayant présenté, *intra vitam*, les symptômes caractéristiques d'une labyrinthite restreinte.

Sur les 31 cas de labyrinthite purulente totale traités par l'orateur, 6 concernaient des enfants, 25 des adultes (22 du sexe masculin et 9 du sexe féminin). Dans 4 cas, il s'agissait d'otite moyenne suppurée aiguë, dans 27, de suppuration chronique; de ces derniers, 2 survinrent après trépanation totale.

On peut, dans beaucoup de cas, trouver *la voie d'infection de l'oreille moyenne au labyrinthe.* Parmi les 31 cas de l'orateur, rien, dans 10 d'entre eux, n'est indiqué au sujet de fistule des canaux et faits analogues. Dans 4, on ne put trouver l'endroit de pénétration, car il s'agissait d'une assez grande destruction, par nécrose, du labyrinthe.

Dans 7 cas, il y avait une fistule du canal semi-circulaire et dans l'un d'eux deux pertes de substance séparées. Dans 4 cas, on trouva une fistule du canal semi-circulaire, ainsi qu'une fistule conduisant directement dans le vestibule. Dans 2 cas, seule la paroi du labyrinthe était perforée. Dans 4, il s'agissait probablement d'une fistule du canal semi-circulaire, sans qu'on pût cependant la démontrer de façon directe. La question de savoir en quel endroit les fistules du labyrinthe sont le plus fréquentes ne peut, pour le moment, être résolue que par l'examen clinique et l'examen pathologique ; car, en effet, on trouve surtout des fistules du canal semi-circulaire dans les cas démontrés par la clinique, tandis que ce sont surtout les perforations des fenêtres qui caractérisent les cas à terminaison mortelle.

Le *trajet du pus du labyrinthe au cerveau* est représenté en partie par le conduit interne et l'aqueduc du limaçon, en partie par la perforation directe de la capsule labyrinthique ; par contre, l'aqueduc du vestibule ne joue qu'un rôle infime.

La symptomatologie de la suppuration du labyrinthe est multiple et variée; elle se compose d'une série de symptômes subjectifs et objectifs, qui tantôt sont très saillants, tantôt si peu marqués qu'on peut facilement n'y pas faire attention ou mal les interpréter.

Le trouble de la fonction statique. Parmi les 31 malades, il y avait du vertige dans 24 cas. Dans la destruction totale de l'appareil vestibulaire, les troubles de la fonction statique disparaissent ou ne peuvent se démontrer qu'à l'aide de méthodes très compliquées. Les essais de station et de saut, de Stein, ainsi que les expériences ordinaires de rotation donnent des résultats, en général, utilisables; mais sont très minutieux et surtout ne peuvent s'employer chez les sujets très malades et gardant le lit. Par contre, dans le nystagmus calorique de Barany, nous possédons une méthode de la plus haute importance clinique ; dans tous les cas où la réaction manque, on peut conclure, à coup sûr, à une paralysie fonctionnelle de l'appareil vestibulaire et, quand c'est le cas au cours d'une otite moyenne suppurée, il est très probable qu'il existe une fistule et une suppuration du labyrinthe.

Au contraire, dans les cas où l'examen par l'injection froide et chaude donne des résultats normaux, l'appareil vestibulaire est intact, ou tout au moins, il ne s'agit pas de labyrinthite suppurée diffuse.

Les troubles de la fonction acoustique apparurent dans tous les cas de labyrinthite diffuse de l'orateur et sous forme de sensations sonores subjectives et de surdité totale. Dans les labyrinthites circonscrites, on put, dans un seul cas, où l'affection était limitée au limaçon, constater de la surdité absolue; dans les autres on ne trouva qu'une diminution quantitative et qualitative du champ auditif.

La fièvre n'a pas été bien en relief dans les cas de l'orateur ; on peut bien dire que la labyrinthite suppurée non compliquée ne provoque ordinairement aucune élévation de température, ou seulement une minime qui disparaît après un drainage suffisant.

La labyrinthite suppurée secondaire est diagnostiquée d'après les symptômes, l'examen fonctionnel et les constatations opératoires chez les sujets très malades, surtout chez ceux dont l'état général est très atteint; chez les jeunes enfants, la maladie peut échapper au diagnostic et la labyrinthite suppurée n'être reconnue que plus tard, soit sur la table d'autopsie, soit parce qu'il se développe une nécrose du labyrinthe. Chez une malade de l'orateur, le vertige et les vomissements furent considérés d'abord comme symptômes d'une affection gastrique; quand on l'envoya à l'examen de l'otologiste, on constata, ainsi que lors de l'opération ultérieure, une labyrinthite suppurée diffuse. Dans les affections labyrinthiques latentes, où il n'y a ni vertiges, ni bruits subjectifs, etc., le diagnostic se fait à l'aide de l'examen fonctionnel et est éventuellement confirmé par la démonstration opératoire de fistules. Le tableau morbide peut être très troublé par des complications cérébrales et, après le développement d'une méningite purulente diffuse, il n'est plus possible de diagnostiquer la labyrinthite. L'orateur recommande la ponction lombaire dans tous les cas de labyrinthite purulente. Dans un de ses cas, le liquide céphalo-rachidien contenait des diplocoques, dans deux des streptocoques; dans ces trois cas, il y eut issue fatale par méningite. Dans un cas, le liquide arachnoïdien du cervelet était stérile, tandis que le liquide cérébro-spinal fourmillait de streptocoques.

Une grande partie des labyrinthites secondaires guérit soit d'elle-même, soit par ablation chirurgicale de la source d'infection; dans quelques cas, cependant, une opération directe sur le labyrinthe est nécessaire.

Parmi les 31 cas de l'orateur, on fit dans 21 simplement la trépanation de l'oreille moyenne, et dans un même, rien que l'incision du tympan. De ces 22 malades, 2 moururent de complications développées dès avant l'intervention; sur les 20 autres, 7, soit 35 %, moururent, tandis que 13, soit 65 %, guérirent.

Les indications de l'intervention directe sur le labyrinthe dépendent non seulement de l'examen fonctionnel, mais encore de la marche de l'affection et des constatations objectives faites sur la paroi du labyrinthe. Dans l'otite suppurée chronique les constatations locales sont le meilleur moyen pour poser les indications; dans la suppuration aiguë ce sont au contraire la marche de la maladie et l'examen fonctionnel, car là, il n'y a pas, ordinairement, de fistule. Sur les 31 cas, 4 fois il s'agissait de suppuration aiguë, 3 se terminèrent par la mort; chez un enfant de 4 mois, il y eut formation de séquestres et guérison. Dans un seul cas, le labyrinthe fut ouvert, mais trop tard. *Si donc, au cours d'une otite aiguë se montrent les signes indubitables d'une labyrinthite suppurée aiguë, diffuse, il faut faire immédiatement la trépanation totale et l'opération sur le labyrinthe.* Dans l'otite chronique suppurée, il faut d'abord *dans tous les cas de méningite ou d'abcès cérébral ouvrir le labyrinthe*. Ce fut le cas chez 4 malades et chaque fois le labyrinthe contenait du pus.

Si d'une fistule de la paroi labyrinthique sourd du pus, il faut ouvrir largement le labyrinthe. Ce fut le cas trois fois; un malade guérit, un fut amélioré au début, mais mourut de méningite 17 jours après opération : chez le troisième la méningite était déclarée quand on fit l'opération.

Dans un cas, on opéra sur le labyrinthe ; en plus de deux fistules des canaux semi-circulaires, il y avait une fistule allant du canal de Fallope au vestibule ; le malade fut guéri.

On fit chez un malade la dilatation d'une fistule du canal semi-circulaire ; il y avait en plus une carie de la région de la fenêtre ovale ; comme le labyrinthe ne contenait pas de pus, on ne fit pas d'autre opération : le malade fut guéri.

Dans 5 cas de *fistule isolée du canal semi-circulaire* avec symptômes graves du côté du labyrinthe, mais où l'on ne pouvait démontrer l'existence de pus dans le labyrinthe, on n'opéra pas le labyrinthe. Tous les 5 malades guérirent. Dans les cas où il y a carie étendue de la paroi du labyrinthe, il faut vider et drainer le mieux possible le labyrinthe ; on fit cela dans deux cas ; ils guérirent: on ne le fit pas dans deux autres, ils moururent de méningite ; dans un troisième, il se développa une méningite séreuse qu'on put guérir par trépanation.

Dans deux cas, avec paroi labyrinthique normale, les malades guérirent par trépanation simple de l'oreille moyenne.

Dans deux cas où il y avait séquestre du labyrinthe, mais où le séquestre n'était pas mobile, on l'abandonna à lui-même ; les deux malades guérirent.

L'opération directe sur le labyrinthe débutera toujours par une trépanation totale la plus large possible. On peut alors: 1° dilater une fistule existante, ou 2° ouvrir le labyrinthe en pénétrant par le vestibule et soit : *a*) pénétrant derrière le nerf facial ; *b*) en avant de ce nerf. Il est assez difficile de rechercher le vestibule par derrière, il est beaucoup plus facile de pénétrer par la fenêtre ovale. Dans cette opération la principale difficulté consiste à épargner le facial et on n'y arrive pas toujours employant le « *protecteur facial* » de Bourguet, du moins, l'orateur eut une lésion du facial dans le seul cas où il employa cet instrument. Meilleure est la méthode d'Uffenorde ; mise à nu du facial, puis, ouverture du canal semi-circulaire, du vestibule et du limaçon. L'orateur a employé une fois cette méthode avec succès.

Du reste, il n'a pas eu de complications dans l'opération. A son avis, on opère avec plus de sûreté et plus vite en employant le ciseau, l'orientation est beaucoup moins sûre quand on se sert de la fraise.

Deux fois, il y eut écoulement fort, prolongé pendant 8 jours, de liquide céphalo-rachidien, mais sans suites graves.

Enfin, Schmiegelow met en garde contre le tamponnement trop serré et contre la suture primaire dans les cas de suppurations labyrinthiques, car il peut facilement arriver que le drainage vers le dehors

devienne insuffisant. Il vit survenir une méningite 17 jours après l'opération ; il faut, pense-t-il, en chercher la cause dans le fait qu'il avait fermé primairement l'ouverture rétro-musculaire et tamponné trop serré la cavité opératoire.

P. Tetens Hald. En ce qui concerne l'examen du labyrinthe acoustique, on a, comme premier adjuvant, l'examen par la série des sons de Bezold. Je crois qu'il faut attribuer à cet examen quelque valeur pour le diagnostic, tant qu'il ne s'agit pas d'affections purulentes, chroniques ; plus douteuse est la situation dans les labyrinthites survenant au cours d'une suppuration aiguë ou chronique de l'oreille moyenne : ici, la détermination du champ auditif ne pourra être bien utile et, dans la majorité des cas, il sera impossible de l'exécuter. A la clinique otologique de l'hôpital Municipal, on détermine les limites supérieure et inférieure de la perception des sons, et, dans quelques cas seulement, tout le champ auditif, ce qu'on fait à l'aide des instruments ordinaires ; cependant, récemment on a remplacé le sifflet de Galton par le *monochorde* de Schultze. Il est très important en pratique d'établir si le malade entend encore de l'oreille atteinte ; le plus important et le plus connu des modes d'examen est d'examiner à l'aide de la voix chuchotée et de la voix de conversation ; pour établir la surdité unilatérale on emploie ici six méthodes : celles de Lucæ-Dennert, Politzer, Bezold, Gradenigo, Barany et Voss. La méthode de Lucæ-Dennert avec ouverture et occlusion alternatives de l'oreille malade est facile à exécuter et est assez sûre. Cependant, il n'est pas exclu qu'en parlant au voisinage immédiat de l'oreille, les ondes sonores soient transmises à l'autre conduit par le conduit auditif ouvert, plus aisément que par les os externes du crâne. Je n'ai employé la méthode de Politzer que dans un petit nombre de cas. Celle de Bezold, dans laquelle le relief auditif du côté malade devrait être le pendant de celui du côté sain, avec seulement suppression de la partie basse de la gamme, est difficile à exécuter et on ne peut se contenter de faire l'examen avec un couple de sons graves. Ainsi, chez un malade, j'ai enlevé tout le labyrinthe et cependant, il assurait entendre G avec cette oreille. Dans la méthode de Gradenigo, on laisse un diapason élevé achever de vibrer au-dessus du vertex, puis on le porte devant l'oreille malade ; si le son est à nouveau perçu, c'est par cette oreille qu'il l'est ; mais la méthode s'est montrée peu sûre dans les cas de destruction du labyrinthe. Mais ces méthodes ne sont donc pas tout à fait certaines ; et il fallait accueillir avec joie celle de Barany consistant à rendre sourde l'oreille saine, pourvu qu'elle tînt réellement ce qu'elle promettait. Il est exact que l'oreille saine est rendue sourde, de sorte que si le malade, malgré l'appareil producteur de bruit, entend encore, c'est qu'il entend en réalité par son oreille malade ; mais, il est possible cependant qu'on pose le diagnostic de surdité totale, alors qu'en fait, il persiste encore quelques petits restes auditifs, l'appareil affaiblissant l'audition de l'oreille demeurée libre ; par exemple, pour les oreilles saines, le pouvoir auditif (voix chuchotée)

de l'oreille libre tombe de 20 mètres à 0,50 cent.-1 mètre. Cependant à mon avis, la méthode de Barany est la meilleure de celles connues jusqu'ici, car le diagnostic qui pourrait être faux en théorie n'aurait qu'une faible signification en pratique. J'ai fait construire une modification de l'appareil de Barany qui diminue beaucoup moins l'acuité de l'oreille libre et laisse, par conséquent, moins craindre la possibilité ci-dessus d'un diagnostic erroné. Voss essaie de rendre sourde l'oreille saine en augmentant la pression de l'air dans le conduit de l'oreille saine ; cependant malgré une augmentation considérable de la pression dans les deux conduits on peut encore entendre la voix chuchotée à une certaine distance ; continuant à élever la pression jusqu'à 40 cent. et 70 cent. de mercure, on vit survenir dans deux cas rupture du tympan. Plus tard seulement, j'ai pensé que les remarques de Voss sur sa méthode devaient peut-être être comprises de façon différente et qu'il n'emploie pas l'air comprimé pour une élévation de pression dans le conduit, mais qu'il fait simplement pénétrer le courant d'air dans le conduit et qu'il pense, par le bruit ainsi produit, rendre sourde l'oreille en question ; on ne peut malheureusement se rendre compte d'après la description quelle de ces deux opinions est la sienne. Cette méthode d'insufflation est utilisable pour le diagnostic de surdité unilatérale, d'après mes recherches, mais l'insufflation d'un tel courant d'air diminue l'ouïe beaucoup plus encore que la méthode de Barany et par suite la source d'erreur dans le diagnostic, source dont nous avons parlé, devient plus considérable.

On peut donc, pour l'ensemble, recommander la méthode de Lucæ-Dennert pour s'orienter provisoirement et la méthode de Barany ou celle par insufflation comme décisive au point de vue pratique.

Quant à l'examen du labyrinthe statique, Tetens Hald déclare n'avoir pas eu une grande expérience personnelle des méthodes de von Stein ; mais, il croit qu'elles n'ont pas une plus grande importance pour le diagnostic ; on peut dire la même chose de l'examen galvanique, d'après Mann.

Par contre, à la Clinique otologique de l'hôpital Municipal, nous avons étudié à fond le nystagmus calorique, le nystagmus rotatoire et le symptôme de la fistule. On a examiné environ 150 oreilles saines et malades, chez environ 80 malades d'âges différents. Le nystagmus calorique fut employé principalement seulement au moyen de l'eau froide ; une seule fois j'ai remarqué la réaction contraire, car le nystagmus se produisit d'abord dans la direction de l'oreille injectée et seulement plus tard de l'autre côté. 29 oreilles n'ont pas donné de réaction ou bien elle fut douteuse ; dans 11 de ces cas, on pouvait considérer le labyrinthe statique comme détruit, tandis que dans un cas il était atteint, mais non détruit, car il y avait symptôme fistulaire très marqué. Les 17 autres oreilles qui n'ont donné aucune réaction se trouvaient toutes chez des enfants à l'âge de 6 jours à 2 ans et demi et chez lesquels il n'y avait aucun signe d'affection laby-

rinthique et même, dans plusieurs cas, il n'y avait même pas d'affection de l'oreille moyenne. Peut-être ici pourrait-on avoir une analogie avec l'absence partielle des réflexes cutanés chez les petits enfants; cependant dans une autre série de 12 oreilles (âge : 5 semaines à 2 ans et 9 mois) on eut, dans tous les cas, réaction calorique, et la façon dont se comporta le nystagmus rotatoire indique que les voies réflexes correspondantes étaient, de très bonne heure, ouvertes et perméables pour des excitations adéquates. Tous les malades au-dessus de 2 ans et demi montrèrent la réaction calorique en tant que le labyrinthe statique n'était pas atteint; cependant, dans les otites moyennes suppurées aiguës, il peut se passer plusieurs minutes avant que la réaction apparaisse.

Le petit nombre de cas dans lesquels des malades ayant perdu la conscience furent examinés montrèrent tous la réaction calorique typique.

Si la réaction calorique apparaît, on peut conclure avec certitude que le labyrinthe en question n'est pas détruit, mais quelques observations de Jansen indiquent que néanmoins, dans quelques cas, le labyrinthe peut être atteint par des processus infectieux. Moins certaine, quoique suffisamment grande, est l'importance de l'absence de la réaction ; en général, l'absence du nystagmus calorique chez les malades au-dessus de 2 ans et demi donne assez de vraisemblance à la destruction du labyrinthe statique examiné.

Le nystagmus rotatoire est une réaction absolument constante que j'ai trouvée dans presque tous les cas et même chez les enfants au-dessous de 2 ans et demi.

L'absence complète de la réaction n'a été trouvée par moi que chez un patient, dont les deux labyrinthes étaient détruits. En dehors d'un cas, dans ceux de destruction unilatérale du labyrinthe, il y avait toujours nystagmus des deux côtés ; d'après Barany, cependant, on devrait, de la durée du nystagmus secondaire, pouvoir conclure au côté dont le labyrinthe est détruit ; cependant, on n'a pas encore trouvé de base tout à fait certaine pour cette comparaison.

Je n'ai trouvé qu'une seule fois, chez une malade avec cholestéatome et absence de réaction calorique, le symptôme fistulaire, nystagmus et vertige par compression et raréfaction de l'air dans le conduit ; à l'opération, on trouva une perte de substance du canal semi-circulaire. Dans aucun des autres cas on ne put provoquer du nystagmus par compression, mais seulement parfois un peu de vertige.

On peut dire d'une façon générale qu'à l'aide des méthodes dont nous avons parlé, on est en mesure de reconnaître avec beaucoup plus de certitude qu'autrefois une destruction totale, éventuellement latente, du labyrinthe acoustique ou statique ; nous en citerons un bel exemple : un enfant, ayant eu chez lui des vertiges et des vomissements, est admis à la Clinique ; on ne trouve pas de troubles de l'équilibre, il peut faire tous les mouvements de gymnastique possibles, mais il y a surdité totale d'une oreille, avec absence correspondante du nystagmus rotatoire et de la réaction calorique.

A l'opération, on trouve dans le labyrinthe du pus et des granulations ; quelques heures après l'opération, il s'asseyait sur son lit et jouait, preuve certaine qu'avant l'opération son labyrinthe statique n'avait pas fonctionné. Quand il n'y pas de destruction totale du labyrinthe, les méthodes donnent moins de certitude et nous devons habituellement faire le diagnostic d'après le tableau clinique.

Enfin, quelques remarques sur la communication du Prof. Schmiegelow. Il a parlé des affections du labyrinthe circonscrites. Nous avons eu deux cas à la Clinique.

Cas I. — Fistule du canal semi-circulaire avec conservation de l'audition ; il concernait une femme ayant du vertige et des troubles de l'équilibre, pas de réaction calorique ; par contre, symptôme fistulaire marqué, audition bien conservée. A l'opération, on trouva une fistule du canal semi-circulaire, mais ultérieurement, il se développa une labyrinthite diffuse aiguë qui laissa surdité totale et absence d'excitabilité du labyrinthe statique.

Cas II. — Labyrinthite, statique fonctionnant, mais surdité totale ; il concernait un homme qui, après trépanation totale, présenta à l'oreille atteinte surdité complète, mais réaction calorique nette.

Au sujet de l'utilité d'opérer les cas de labyrinthite compliquée de méningite, Tetens Hald cite un cas de méningite marquée avec absence de réaction calorique, vertige et nystagmus spontané, dans lequel le malade guérit après craniotomie et ouverture du labyrinthe. Le nystagmus spontané et les phénomènes de vertige disparurent.

Quant à la technique opératoire, continue l'orateur, je suis très intéressé par le fait que Schmiegelow condamne le protecteur de Bourguet ; je suis arrivé au même résultat après des expériences sur le cadavre. La meilleure opération est celle de Jansen-Neumann, mais dans certains cas on peut se contenter de moins.

III. — *80e RÉUNION DES NATURALISTES ET MÉDECINS ALLEMANDS*

à Cologne, septembre 1908.

SECTION D'OTOLOGIE

(*Suite.*)

Compte rendu par Eugène Hopmann (de Cologne),
Secrétaire des séances.
Traduction par Menier (de Figeac).

2e séance, 22 septembre 1908.

Président : Réthi (de Vienne).

Mensuration du volume respiratoire dans la formation normale et pathologique de la voix et de la parole (avec présentation de l'enregistreur du volume respiratoire), par Gutzmann (de Berlin). — L'orateur obtint des résultats à l'aide d'un appareil en forme de petit soufflet, construit à son instigation par Wethlo ; il opère avec des résistances très faibles et transmet les mouvements en inscription

rectiligne sur un kymographe, de sorte que les valeurs volumétriques peuvent être lues immédiatement sur les ordonnées. Les résultats sont importants, surtout pour le chant.

Jusqu'ici, on ne pouvait pas représenter de façon aussi simple, *l'intensité vocale* par volume d'air employé.

Un son chanté *pianissimo* montre le plus souvent un léger *crescendo*, c'est-à-dire, une courbe d'air consommé à ascension progressive et graduelle ; le *fortissimo* présente l'inverse.

Hauteur du son : Plus haut est le son, les conditions restant les mêmes, plus élevée est la consommation d'air.

Attaque de la voix : Une attaque forte consomme plus d'air qu'une attaque légère. Jusqu'ici, on croyait le contraire.

Sons parlés : Les voyelles emploient d'autant moins d'air que l'ouverture de passage est plus étroite ; donc *a* emploie le minimum, *i* le maximum ; les ténues plus que les moyennes.

Sons et attaques pathologiques. Les attaques dures ou bégayantes emploient beaucoup plus que les normales.

Voici des exemples des résultats numériques :

1° *Force du son* : Consommation en volume de la voyelle *a* en *forte* = 80.

Consommation en volume de la voyelle *a* en *piano* = 22 centimètres cubes en 4 secondes 25.

2° *Hauteur du son* : Consommation du volume par la gamme C — C' = 60, 65, 65, 70, 75, 95, 90, 115, la force du son étant le plus possible la même.

3° *Attaques* : Attaque à voix basse = 23 ; forte = 84 ; aspirée = 93, dans les 4, 25 premières secondes ; la force et la hauteur du son demeurant, autant que possible, les mêmes.

L'opération radicale de l'empyème maxillaire chronique par l'intérieur, par Réthi (de Vienne). — Au cours des 7 dernières années, 58 cas d'empyème maxillaire ont subi l'opération radicale par voie interne ; 49 ont été guéris de façon telle que, non seulement les troubles subjectifs ont disparu, mais même la suppuration a aussi cessé.

Voici le *modus operandi* de Réthi : Après anesthésie locale, il résèque les 2/3 antérieurs du cornet inférieur, fait, au ciseau, une ouverture dans la paroi médiale du sinus et l'élargit de façon vaste, à l'aide de la pince, dans tous les sens, surtout aussi dans le méat moyen. Il est important que la communication entre le sinus et la cavité nasale soit le plus large possible.

L'opération de Caldwell-Luc est, par rapport à l'affection, une intervention trop considérable. La méthode interne a l'avantage d'être d'exécution rapide, de permettre une vue suffisante et d'épargner au malade les ennuis de la narcose et les troubles secondaires dépendant de cette plus grande intervention.

Von Eicken (de Fribourg) : Je suis pour l'anesthésie locale dans l'opération de Caldwell-Luc.

Hopmann (de Cologne). Dans tous les cas traités longtemps et sans succès par le lavage, il faut ouvrir par la fosse canine et assez largement pour pouvoir explorer au doigt tout le sinus. L'intervention mérite le nom de légère. L'ablation complète de toute la muqueuse du sinus n'est pas nécessaire.

Hajek (de Vienne). La méthode doit varier avec les indications. Pour les sinus traités inutilement de façon conservatrice : Opération de Caldwell-Luc qui peut bien s'exécuter avec l'anesthésie locale. En principe, la muqueuse ne doit pas être enlevée entièrement.

Uffenorde (de Gœttingue). Il faudrait épargner davantage le cornet inférieur dans les opérations totales.

Kügler (de Schweidnitz). Comme Réthi, je pense que l'important est de faire une grande ouverture allant vers le nez. Démonstration d'un emporte-pièce à l'aide duquel cette opération peut se faire très facilement par le nez.

Auerbach (de Baden-Baden). Il est important d'enlever jusqu'au plan cher la paroi du sinus.

Siebenmann (de Bâle). Je suis revenu de mon ancienne méthode de création d'une large ouverture par le nez, depuis que j'ai reconnu que l'opération de Caldwell-Luc peut très bien s'exécuter avec l'anesthésie locale. Cette opération donne les meilleurs résultats.

Chiari : Je suis partisan du Caldwell-Luc et de l'anesthésie locale.

Sur les occlusions membraneuses congénitales des choanes, par Chiari (de Vienne). — Après un rapide coup d'œil sur les travaux de C. Hopmann sur les rétrécissements et occlusions des choanes d'origine congénitale, l'orateur donne l'observation d'un cas observé récemment, guéri par opération.

L'examen histologique de la membrane montrait l'existence de nombreuses glandes et de quelques follicules lymphatiques : preuve de la nature congénitale de la membrane (Présentation des pièces).

Auparavant, seul, Casselberry avait examiné une membrane, dans laquelle il avait trouvé de nombreuses fibres musculaires qui manquaient dans le cas de Chiari.

En tenant compte des 14 autres cas, dont Chiari lui-même a décrit 2, il établit 5 types :

1° Membrane, sans lacunes, derrière les choanes;
2° — avec lacunes, — —
3° — unilatérale, — —
4° — annulaire, — —
5° Bourrelets en cordons, allant du toit du pharynx au bourrelet tubaire.

Comme caractères communs des 4 premiers types, nous avons : la membrane est tendue entre le rebord supérieur du voile, la voûte du pharynx et les parois latérales pharyngiennes et recouvrent les *ostium* tubaires et les choanes. Ces dernières sont elles-mêmes symétriques et non rétrécies. C'est seulement dans le cas de Hop-

mann et probablement aussi dans celui de Ronaldson, qu'il y avait en même temps des rétrécissements osseux des choanes. L'opération est simple et réussit. Il serait important de faire dans tous les cas l'examen histologique qu'on n'a fait jusqu'ici que deux fois. Quant au cinquième type, sa nature congénitale est encore douteuse.

Un cas d'atrésie des choanes, par Uffenorde. — Patient âgé de 11 ans. Depuis la naissance : gêne respiratoire modérée. Les amygdales ont été opérées déjà trois fois; rachitisme dans la première année. Déviation de la cloison : convexe à gauche. Opération : résection de la cloison (méthode Killian) et en même temps on décolle la muqueuse de la paroi antérieure atrésiée. Ablation au ciseau et à l'emporte-pièce de la paroi osseuse. Section du plancher du sac muqueux qu'on repousse vers la nouvelle choane osseuse.

Hopmann. Les anomalies du segment choanal du nez sont relativement fréquentes. En plus de la forme et de la direction irrégulière d'une apophyse ptérygoïde ou des deux, les déviations du vomer sont assez souvent la cause des asymétries et des atrésies (Démonstrations sur des empreintes plastiques du naso-pharynx).

Siebenmann. Avec sa collection, unique en son genre, et très intéressante de moulages du la cavité rétro-nasale, Hopmann nous a montré que les déplacements latéraux congénitaux du vomer et les déplacements dans le diamètre antéro-postérieur sont très fréquents. Dans certes bien la moitié des cas d'atrésie choanale, on a aussi observé une hauteur anormale de la voûte palatine et je voudrais exprimer la supposition que l'élévation anormale de la voûte palatine, dans ce cas, doit, peut-être, être attribuée au raccourcissement du vomer, et cela dans son diamètre vertical.

Action de la grossesse sur la tuberculose du larynx, par Émile Glas et Kraus (de Vienne). — 59 cas observés et étudiés à la lumière de la critique, au cours de 5 années, aux cliniques et aux dispensaires anti-tuberculeux de l'hôpital général de Vienne. 43 cas moururent au cours des suites des couches ; 5 vécurent encore assez longtemps et ne moururent qu'au bout de 1 à 3 ans; 11 ont survécu à leur grossesse plus de 3 ans ou sont encore en vie.

Les rapporteurs font ressortir, à l'opposé de Küttner que, non seulement les processus diffus, ulcéreux, infiltrants, donnent un pronostic absolument défavorable, mais qu'aussi les cas de formes de tuberculose bénigne (tuberculomes, infiltrations circonscrites, ulcérations isolées) peuvent beaucoup s'aggraver pendant la grossesse.

Ils insistent sur l'importance de l'augmentation de poids pendant la grossesse correspondant à l'observation de Veith; mais ils ne partagent pas l'idée trop absolue que le pronostic et les interventions thérapeutiques doivent uniquement dépendre de l'état du poids.

Sur les 11 cas à marche favorable, l'avortement artificiel fut fait

6 fois; 1 fois, on fit la trachéotomie ; 4 survécurent sans l'aide de l'art (formes bénignes, circonscrites).

Conclusions : 1° Les processus de la génération exercent dans la grande majorité des cas une influence défavorable sur la tuberculose du larynx. Les formes ulcéreuses, diffuses ont en particulier un pronostic défavorable, car la majorité de ces cas meurent dans les suites de couches. Mais il y a aussi des formes bénignes (tuberculomes, infiltrations circonscrites, ulcérations isolées) qui peuvent avoir une exacerbation aiguë pendant la grossesse et se transformer en formes diffuses ulcéreuses et amener la mort après l'accouchement. Les formes circonscrites, surtout à la fin de la grossesse, quand l'état des poumons est bon et que le poids augmente en conséquence, donnent un pronostic favorable; 2° Aucun des cas à issue fatale ne mourut sans avoir été accouché. Dans 28 °/₀ des cas, il y eut interruption spontanée de la grossesse et mort comme conséquence de cela. 60 °/₀ des enfants de femmes accouchées sans l'aide de l'art ne survécurent que quelques jours; 3° Les axiomes de Veith: que le pronostic dépend de l'augmentation de poids des femmes enceintes, conservent, de façon générale, leur exactitude. Cependant, l'état du poids ne doit jamais seul nous régler, mais servir à déterminer le pronostic en l'associant au processus local, à l'état des poumons et à l'état général. C'est pourquoi, parfois, même des cas ayant une augmentation constante de poids et des cas avec diminution constante de poids peuvent sembler propres à l'avortement artificiel; 4° Il faudrait un examen exact, par un spécialiste, de toutes les femmes enceintes, enrouées, suspectes de tuberculose et une observation exacte, pour pouvoir constater les premiers signes d'un progrès du processus; 5° Quand un processus laryngien fait des progrès, surtout s'il y a en même temps une affection pulmonaire, l'avortement est indiqué dans les premiers mois; 6° Les processus devenant manifestes à la fin de la grossesse et ayant un caractère relativement bénin, ne rendent pas nécessaire l'interruption de la grossesse ; 7° L'accouchement prématuré dans les processus qui progressent est contre-indiqué, car il ne peut pas du tout arrêter la marche aiguë du processus ; 8° Dans ces cas, surtout quand il s'agit de formes tuberculeuses laryngées, diffuses, ulcéreuses, la trachéotomie, surtout quand il y a sténose relative, est indiquée (indication curative), car le processus laryngien peut être très amélioré par l'introduction de la canule.

Hopmann. Ce n'est pas mon avis qu'il faille pratiquer l'avortement dans tous les cas de tuberculose diffuse. Le concept de tuberculose diffuse du larynx n'est pas facile à limiter et il est difficile d'obtenir l'unanimité sur ce que, dans chaque cas particulier, on doit dénommer tuberculose diffuse d'une muqueuse. Dans tous les cas, l'interruption de la grossesse ne doit être faite qu'exceptionnellement, dans la tuberculose laryngée, parce que le traitement local du larynx tuberculeux peut faire beaucoup.

Uffenorde communique un cas de forme lupique étendu de tuber-

culose laryngée qui guérit très bien par le traitement local ; la grossesse marcha à son terme, sans aucun trouble, pendant tout ce temps.

Blumenfeld. Le pronostic de la tuberculose d'une femme enceinte peut se faire approximativement, par l'observation de la fièvre, etc., sans étude prolongée du poids. La trachéotomie curative doit être rejetée.

Siebenmann. Je demande qu'on ne prenne pas une résolution proposée par plusieurs, avant que nous ayons de nombreux résultats d'expérience sur le sujet venus d'un peu partout.

Wassermann (de Méran). Quand il y a coexistence de tuberculose du larynx et de grossesse, le médecin doit, dans chaque cas, proposer l'avortement immédiat et si la malade refuse, l'avertir du danger que constitue le retard.

Krönig (de Fribourg, membre de la 19e section, invité à cette séance). Les nombreuses observations, bien faites, de Glass, nous font établir la doctrine que, dans chaque cas d'association de tuberculose du larynx et de grossesse, au moins dans la première moitié de celle-ci, il faut l'interrompre prématurément.

Une plus longue observation de la femme enceinte n'est pas indiquée et on ne peut donc pas suivre la proposition de Veith : Détermination de l'augmentation et de la diminution de poids. Pour la deuxième moité de la grossesse, on ne peut, d'après les observations exposées, établir une méthode déterminée.

Weiswage (de Dresde, 19e section). Un avortement bien fait par un homme de l'art ne présente pas trop de dangers. J'avertis seulement de ne pas faire l'accouchement prématuré.

Malade de 52 ans avec cancroïde du nez guéri par les rayons de Roentgen, par Stiel (de Cologne).

Cas d'ozène traités par la dionine, par Stiel (de Cologne).

Séance du 23 septembre 1908, en communauté avec la 24e section.
Président Siebenmann (de Bâle).

Traitement des suppurations des cavités supérieures accessoires du nez, par Hajek et von Eicken.

Hajek fournit un exposé détaillé de son expérience sur le traitement des suppurations des cavités accessoires supérieures, tel qu'il l'a donné dans son livre et dans des publications faites dans diverses revues, au cours de ces dernières années. Cet exposé, excessivement instructif, doit être lu *in extenso* dans les comptes rendus de la Réunion des naturalistes.

Von Eicken exprime son approbation de l'exposé de Hajek et développe en détail le procédé suivi à la clinique de Killian.

Röpke (de Solingen), premier président de la Société des oto-

laryngologistes de l'Ouest de l'Allemagne, porte à la connaissance des deux sections, la résolution ci-dessous :

« La Société des oto-laryngologistes de l'Ouest de l'Allemagne exprime le vœu d'une réunion des deux sections : otologique et laryngologique. Dans les cas où cela ne semble pas faisable pour des raisons de principe, les sections, comme cela est le cas à Cologne cette année, ne doivent pas siéger en même temps, mais alternativement. »

Examen œsophagoscopique d'un corps étranger ; perforation ultérieure de l'aorte, par Chiari (de Vienne). — L'orateur présente le péroné d'un poulet, péroné qui s'était coudé, et qu'il enleva sans hémorragie, très facilement à l'aide de l'œsophagoscope, le 9 juillet de cette année.

La malade, âgée de 48 ans, avait avalé l'os le 1er juillet.

Le 6, on introduisit, à la clinique chirurgicale, une bougie œsophagienne qui passa librement. Les douleurs ne diminuent pas ; on fait, le 8, l'œsophagoscopie et l'extraction. La malade se trouve bien. Le 11 et le 12 et enfin le 15 juillet hémorragies de plus en plus fortes (sang rouge clair) venant de l'œsophage ; elles furent incoercibles et la malade succomba en 5 minutes à la dernière.

L'autopsie montra un canal de quelques millimètres d'épaisseur, partant d'une plaie de l'œsophage et allant jusque dans l'aorte descendante (thoracique). Ce canal avait dû, vraisemblablement, être formé du 1er au 8 juillet, par une extrémité de l'os, laquelle était toujours repoussée par les contractions musculaires de l'œsophage. La toute petite perforation de la tunique interne de l'aorte s'était, après les premières hémorragies, fermée par un petit caillot.

IV. — *XIIe CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ITALIENNE DE LARYNGOLOGIE, OTOLOGIE ET RHINOLOGIE*

Président : Prof. Nicolaï.

Compte rendu par Piolti (de Turin) et Massier (de Nice).

(*Suite.*)

Polypes saignants de la cloison, par Bruzzone (de Turin). — Présentation de pièces microscopiques où l'on voit la structure nettement angiomateuse de ces tumeurs.

Blessures du larynx, par Finaroli (de Turin). — L'auteur parle surtout des blessures faites avec des instruments tranchants (dans les tentatives de suicide surtout) et il pense qu'il faut intervenir promptement en ayant soin de faire une trachéotomie préalable et en faisant ensuite la réunion des bords de la plaie au catgut, laissant un simple drainage cutané. Les résultats sont excellents pour la phonation et la déglutition.

Abcès du cou consécutifs aux lésions auriculaires, par Calamida (de Milan). — L'auteur s'attache surtout à décrire les propagations dues à des causes anatomiques et pathologiques. Il parle des abcès du cou dus à l'évacuation spontanée de la suppuration endocranienne à travers les voies anatomiques et les voies artificielles. Il cite un cas personnel d'abcès du cou consécutif à un vaste abcès extradural, qui s'était fait une issue à travers le trou déchiré postérieur.

Deux rapports d'autopsie démontrent enfin la possibilité d'extériorisation des abcès endocraniens par le trou occipital. Dans le premier cas, chez un opéré d'abcès cérébelleux et d'abcès latéral du cou, la suppuration existant dans la fosse cérébelleuse s'était fait jour latéralement le long du trajet de l'artère cérébrale; dans la seconde observation au contraire, dans un cas de leptoméningite, l'abcès s'était créé une voie le long d'une anomalie osseuse naturelle du bord postérieur de l'occipital.

Lésions traumatiques du larynx, par Calamida (de Milan). — Quatre observations personnelles : deux de contusions simples guéries médicalement, et deux de fracture à issue fatale, malgré la trachéotomie. Dans la première de ces dernières, on trouva des érosions muqueuses sousglottiques, avec intégrité des cartilages thyroïde et cricoïde et fracture de l'aryténoïde gauche. Dans la deuxième, à la suite d'un coup violent sur une barre de fer, on vit à l'autopsie une fracture du thyroïde droit et lacération de l'aryténoïde droit.

Sur l'importance de l'examen leucocytaire dans les affections purulentes de l'oreille et leurs complications, par Solaro (de Milan). — Travail qui montre tout l'avantage que l'on peut retirer au point de vue du diagnostic, des suppurations profondes, de l'examen leucocytaire complet.

Les méthodes d'Eeman et de Roy dans le traitement consécutif aux opérations radicales sur l'oreille moyenne, par Staurenghi (de Milan). — Ces deux méthodes n'ont pas donné à l'auteur les résultats brillants qui sont annoncés par les créateurs. Les processus d'épidermisation sont retardés dans les deux cas, et la méthode mixte, c'est-à-dire le tamponnement associé aux pulvérisations d'acide borique est celle qui jusqu'à ce jour a fait les meilleures preuves.

Sur la technique de la laryngostomie, par Ferreri (de Rome). — L'auteur a apporté quelques modifications à la technique opératoire. Il a enlevé toute la partie antérieure de l'anneau cricoïde, afin que le conduit laryngien communique selon une ligne droite avec la trachée. Les avantages de cette méthode sont : 1° d'éliminer les dangers de rétrécissements ultérieurs au niveau du cricoïde, siège habituel des sténoses; 2° de détruire ou d'éviter les angles de déformation qui se forment dans l'angle laryngotrachéal chez les porteurs de

canule depuis longtemps. L'auteur s'est trouvé bien de la dilatation laryngée au moyen du coton comprimé.

Technique opératoire pour l'exentération de la caisse du tympan, par Ferreri (de Rome). — Dans les cas d'otite moyenne purulente chronique où l'affection est limitée à la caisse et surtout à l'attique, l'auteur démolit à l'aide des scalpels rétrogrades de Smiles, le mur de la logette et il peut, à l'aide de cet instrument, pénétrer dans les recoins les plus reculés du recessus épitympanique.

Il faut aussi cautériser au galvano-cautère l'orifice tubaire pour éviter les réinfections par voie nasopharyngienne.

La radiographie dans les études topographiques de l'organe auditif, par Ferreri (de Rome). — Application des rayons X à l'étude de l'anatomie normale et pathologique de l'oreille. Chez les adultes l'on fait au préalable une injection de mercure de l'oreille interne et des cavités accessoires. Cette manœuvre n'est pas nécessaire.

Sur l'importance du microphone dans l'examen fonctionnel de l'ouïe, par Ferreri (de Rome). — Le microtéléphone, dans lequel on parle à voix haute et à voix chuchotée, répond bien aux besoins de la mensuration auditive. Il rapporte 3 cas de malades entendant bien les diapasons, qui n'entendaient pas au microtéléphone la voix haute. Il a examiné au microphone le pouvoir auditif de 180 enfants et il a trouvé que 50 % de ces enfants avaient une audition uni et bilatérale défectueuse.

Syndrome de Hughings-Jackson, par Nicolaï (de Milan). — L'auteur rapporte l'histoire clinique d'une malade affectée de paralysie des X^e^, XI^e^ et XII^e^ paires gauches. Cette affection débute soudainement par une forte céphalée à la région fronto-temporale gauche, irradiant à l'œil, au dos du nez, aux muscles de la face et de l'épaule du même côté. Quelques jours après, apparaissent des troubles de la déglutition, puis de l'aphonie. Au sujet de la X^e^ paire, on note : l'arcade palatine gauche, plus grande que la droite, voile tiré à droite, paroi pharyngée droite tirée vers la ligne médiane ; pas de régurgitation nasale ; semi-adduction de la corde vocale gauche, aryténoïde immobile. En ce qui concerne la XI^e^ paire : atrophie du st. cl. mast. gauche ; limitation des mouvements de rotation de la tête vers la droite, réaction dégénérative complète. L'épaule gauche est plus basse que la droite. En ce qui concerne la XII^e^ paire : déviation de la langue à droite au repos et à gauche en mouvement. Aucune réaction de sensibilité tactile.

L'auteur croit à une lésion d'origine tuberculeuse sous forme de méningite tuberculeuse basilaire avec plaques déterminant la compression des X^e^, XI^e^ et XII^e^ paires.

Nouvelle méthode de traitement de l'amygdalite lacunaire aiguë, par Hahn (de Turin). — Ce traitement consiste dans le lavage des cryptes suivi d'une anesthésie de ces cryptes.

On lave avec de l'eau oxygénée boriquée tiède, au moyen d'une canule, toutes les lacunes amygdaliennes, surtout les recessus palatins et derrière le pli de His. On injecte après ce lavage dans chaque crypte une solution de 2-5 % de novocaïne en solution d'adrénaline à 1 ‰ et on finit par une insufflation d'anesthésine et d'orthoforme sur toute la surface amygdalienne et vélo-palatine. Immédiatement, détuméfaction de l'organe, diminution de la douleur et de la fièvre. 23 cas traités entièrement guéris.

La galvano-caustie dans le traitement de la tuberculose du larynx, par Hahn (de Turin). — Cette méthode de traitement mérite, d'après l'auteur, beaucoup d'attention, car les résultats qu'on peut obtenir d'elle sont supérieurs à ceux obtenus par d'autres moyens thérapeutiques. Ses avantages consistent dans la possibilité d'éliminer tous les tissus malades, dans la facilité de la technique, dans l'action limitée du traitement aux parties malades, sans lésion des tissus sains. Les hémorragies sont rares. La réaction post-opératoire est très courte. Le traitement général, la cure du silence sont des adjuvants indispensables.

Outre l'exposé de certains cas heureux qu'il a vus chez Mermod, l'auteur donne 3 observations des plus favorables.

Sur la rhino-pharyngite méningococcique, par Putelli (de Venise), — Observation d'un cas qui confirme la possibilité d'une rhino-pharyngite à méningocoque.

Amygdale de Luschka. Canal cranio-pharyngé et hypophyse, par Poppi (de Bologne). — Outre les 10 cas de maladie de Basedow que le Dr Arslan a mis en rapport avec les végétations adénoïdes, l'auteur cite 2 cas d'exophtalmos bilatéral de Holtz, de Berlin, guéris par l'ablation de l'amygdale pharyngée hypertrophiée, et 2 cas personnels de maladie de Basedow, guéris par la même intervention. Pareillement fut guéri un cas de glaucome, par lésion de la Ve paire, ainsi qu'un cas de maladie d'Addison. Du fait de la persistance du canal cranio-pharyngé, de la communication vasculaire entre la cavité hypophysaire et la muqueuse du pharynx, de la présence d'hypophyses accessoires pharyngées (Hamigio, Avaï, Civalleri), on en déduit une altération fonctionnelle de la sécrétion hypophysaire. L'auteur cite les travaux de Sajous, de Masini sur le pouvoir autorégulateur de la glande pituitaire sur la pression sanguine. Il établit aussi les relations de fréquence des végétations adénoïdes chez les acromégaliques, les basedowiens et les addisonniens.

Sur un cas d'adéno-carcinome de l'amygdale opéré il y a cinq ans, par Citelli (de Catane). — Actuellement, la tumeur se reproduit sur le bord correspondant de la langue.

Hypophysectomie dans l'acromégalie, par Nicolaï (de Milan.) — Chez une acromégalique atteinte de céphalée intense et de photophobie, l'opérateur enlève un morceau d'hypophyse par voie nasale. La première intervention provoqua une amélioration notable. Une nouvelle ablation de la glande est moins heureuse, la fièvre se déclare le jour d'après et mort au 6e jour. A l'autopsie : méningite basilaire légère. Hypertrophie de la glande.

Carcinome du palais et de l'amygdale guéri par les radiations, par Dionisio (de Turin).

Sur la présence des corpuscules noirâtres dans le pus des suppurations chroniques de l'oreille guéris par la méthode radiothérapie, par Dionisio (de Turin). — A l'examen microscopique, ces corpuscules noirâtres ont le caractère de parcelles osseuses finement pulvérisées et carbonisées.

Contribution à l'extraction des monnaies tombées dans l'œsophage, par Cagnola (de Milan). — La méthode œsophagoscopique n'a pas donné à l'auteur de bons résultats dans un cas, tandis que le crochet de Kirmisson, par son emploi facile et pratique, lui a permis de faire 3 extractions heureuses.

L'alypine dans la pratique oto-rhino-laryngologique, par Staurenghi (de Milan).—On emploie les solution de 5 à 10 %. Toxicité moindre que la cocaïne ; pouvoir anesthésique un peu inférieur. Moins vasoconstrictive. Stérilisable par ébullition. Ne donne pas sur les muqueuses de la gorge et du larynx la sensation pénible de constriction de la cocaïne.

Présentation de quelques instruments, par de Cigna (de Gênes). — 1° Modification au mandrin pour canule trachéale ; 2° pinces pour le traitement post-opératoire des évidés ; 3° une pince servant en même temps de guide dans l'autoplastie du conduit et de pince hémostatique ; 4° son tube-guide trachéo-bronchoscopique encore modifié ; 5° une pince turbinotome.

Infections de l'organisme par l'intermédiaire de l'anneau de Waldeyer, par Putelli (de Venise). — Travail se rapportant surtout aux propagations infectieuses par voie lymphatique dans le rhumatisme et la tuberculose. Les amygdales palatines et pharyngées servent de point de départ aux infections glandulaires d'où se fera l'imprégnation microbienne de l'organisme.

Le diagnostic par la vue des lésions œsophagiennes, par DE CIGNA (de Gênes). — Au point de vue de la technique, de Cigna conseille l'anesthésie cocaïnique, l'introduction du tube le malade assis le cou tendu. Il présente un tube à mandrin dont l'extrémité est en spirale molle sur une longueur de 4 cm. environ. Cette méthode s'applique aux corps étrangers, sténoses cicatricielles, tumeurs, spasmes et atonies de l'œsophage. Une série de cas personnels, surtout de tumeurs carcinomateuses dont on a pu déterminer le siège, la localisation de paroi, etc...

Hémiplégie laryngée double. Cordectomie, par NICOLAÏ (de Milan). — Consécutive à un enlèvement de 2 lobes de la glande thyroïde par lésion des 2 récurrents. L'auteur pratique la cordectomie par les voies naturelles suivie d'intubation avec une canule courte triangulaire de son invention. De ce fait impossibilité de synéchies et possibilité d'épidermisation néoformée sur l'emplacement des cordes.

Œsophagotomie interne et électrolyse dans les sténoses de l'œsophage, par NICOLAÏ (de Milan). — Sténose cicatricielle consécutive à l'ingestion d'acide sulfurique, traitée pendant deux ans par la dilatation. Malgré cela l'obstacle persiste. C'est un conduit de petit calibre commençant à 25 cm. de l'arcade dentaire, laissant un petit pertuis situé vers la colonne vertébrale. L'auteur pratique l'œsophagotomie interne par diverses incisions semi-circulaires et il continue par le traitement électrolytique. Au bout de 8 jours, le passage est plus libre et l'amélioration continue.

Ostéomyélite du temporal, par PIOLTI (de Turin). — Extension d'une ostéomyélite diffuse consécutive à une otite moyenne purulente et mastoïdite. Dans le pus du streptocoque, l'auteur a employé dans les pansements la gaze à l'almatéine et des pulvérisations de Protéol de Doyen qui est un composé de formaldéhyde avec une albumine, la caséine, sans doute.

Nouvelle méthode pour dépister la simulation de la surdité, par OSTINO (de Florence). — Basée sur le calcul de la probabilité. Le faux sourd est averti qu'il devra prononcer une des deux paroles déterminées établies par l'examinateur chaque fois que celui-ci bougera les lèvres. Le vrai sourd devinera 50 % des paroles prononcées par l'examinateur; le simulateur n'en répétera aucune exactement.

Contribution à la plastique du pavillon de l'oreille, par TONIETTI (de Livourne). — Modification du procédé de Gavello dans l'extension et la forme du lambeau et dans la manœuvre opératoire en deux temps.

Un cas de surdité hystérique, par Tormene (de Mantoue). — Guérison trois jours après par opération simulée.

Bourdonnement auriculaire par corne cutanée de l'incisure intertragienne, par Tormene (de Mantoue). — Corne cutanée de 3 cm. qui, née de l'incisure intertragienne, se dirigeait vers l'intérieur. Son enlèvement fit cesser un bourdonnement qui existait depuis plusieurs mois. L'auteur explique que le picotement de l'extrémité excessivement fine de cette corne à sa surface cutanée pouvait se transformer en bruit subjectif.

Phénomènes multiples produits par un gros rhinolithe, par Tormene (de Mantoue). — Ce rhinolithe du poids de 6 gr. 35 à forme pyramidale développé autour d'un haricot a provoqué de l'otorrhée gauche, de la névralgie de la 2e branche de la 5e paire, du bourdonnement intermittent à gauche, des accès épileptiformes, des vertiges fréquents, de l'énurésie nocturne. Il fut découvert par l'auteur qui recherchait les troubles de l'innervation nasale.

Sur la résistance globulaire dans les végétations adénoïdes et dans les sténoses nasales, par Tormene (de Mantoue). — Contribution à la pathogénie des végétations adénoïdes.

Kératose pharyngée, par Nicolaï (de Milan). — Deux cas : l'un ne causant aucun trouble au malade, se présentait sous forme de petits nodules disséminés sur les piliers, sur les amygdales et sur le rétropharynx. Le 2e cas atteignait surtout le corps des amygdales qui étaient réduites de volume et légèrement le rétropharynx et l'arc palatin. L'excision faite, on trouve des nodules kératosiques et dans leur intérieur des bacilles nombreux aussi bien superficiels que profonds.

Sur deux cas de convulsions à type épileptique consécutifs à un tamponnement nasal, par Menzotti (de Venise). — Dans le 1er cas, à la suite d'intervention endonasale et tamponnement, il se produit 1/4 d'heure après perte totale de connaissance, faciès cyanosé, contraction des muscles faciaux, convulsions du tronc, pouls rapide, température normale, rotation des globes oculaires, etc... Durée, quelques minutes. Le lendemain détamponnement, les accidents ne se produisent plus. Le 2e cas, à peu près identique. Chez les 2 malades, aucune trace de nervosisme ou d'épilepsie héréditaire ou personnelle. L'excitation par le tampon et l'excès d'acide carbonique du sang irritant les cellules corticales motrices sont la cause de cet état pathologique.

Sur un cas de spasme de la glotte, par Mengotti (de Venise). — Crises caractéristiques de spasme glottique avec tous les symp-

tômes habituellement observés, durant depuis quelques années, traitées antérieurement sans succès et améliorées par la section de la luette trop longue et par une rééducation nasale respiratoire. Il s'agissait donc dans ce cas d'irritation bulbaire en rapport avec des lésions inflammatoires des voies respiratoires supérieures.

V. — *SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE DE LONDRES*

Section Otologique.

Président : Peter Mc Bride

Compte rendu par A. Raoult (de Nancy).

Séance du 12 juin 1908.

Tumeur maligne de la cloison et du naso-pharynx enlevée par une opération externe ostéoplastique, par P. Watson Williams. — La malade, âgée de 25 ans, se plaignait d'obstruction nasale, avec épistaxis répétées et abondantes. On apercevait par la rhinoscopie antérieure un néoplasme du volume de l'extrémité de l'index, saillant sous la cloison nasale, à environ un pouce en arrière du vestibule, et obstruant le conduit nasal. En arrière, cette tumeur se continuait jusqu'aux choanes et faisait saillie dans le naso-pharynx. Un fragment fut enlevé et le diagnostic histologique fut : sarcome globo-cellulaire.

La malade fut opérée le 12 décembre 1907. L'auteur pratiqua une incision semblable à celle qu'il effectue pour la cure radicale de la fronto-ethmoïdite, mais ne remontant pas aussi haut. La première incision jusqu'à l'os partait de la racine du nez à gauche de la ligne médiane, jusqu'au bord inférieur de l'os propre du nez. Une seconde incision recourbée en bas commençait en dedans à l'extrémité inférieure de la première et contournant le canal nasal jusqu'au bord du rebord orbitaire inférieur. L'os propre fut séparé du frontal au moyen du ciseau, et l'apophyse nasale du maxillaire supérieur fut enlevée à la scie. Le volet fut rabattu en bas. Le naso-pharynx fut tamponné.

La cloison nasale fut complètement enlevée, à l'exception de la partie antérieure du cartilage; les cellules ethmoïdales, le cornet moyen et le toit du naso-pharynx furent curetés. Le volet ostéoplastique fut ensuite remis en position et suturé. La malade a guéri sans aucune déformation, il n'y a pas eu récidive.

Affection laryngée (?), par Watson Williams. — Le malade, âgé de 24 ans, est enroué depuis 3 ans et demi. Au mois de décembre, la corde gauche était immobile, recouverte par la bandelette ventriculaire tuméfiée dont le bord libre est frangé et présente une ulcération. Extérieurement on sent un épaississement de la région du cartilage cricoïde. L'affection a progressé rapidement depuis cette époque. Au mois de février, le malade se plaignit de dyspnée due à l'obstruction laryngée, et on dut pratiquer la trachéotomie. La

bandelette ventriculaire droite est tuméfiée à son tour. Les régions aryténoïdiennes sont tuméfiées et œdémateuses. La réaction de Calmette est négative.

Au mois de mai l'obstruction laryngée est complète. On enlève une portion de la bandelette gauche pour l'examen histologique qui donne le diagnostic de tissu papillomateux avec formation de tissu fibreux dans le tissu sous-dermique. Deux ganglions apparaissent à gauche au niveau de la grande corne de l'os hyoïde et puis du cartilage thyroïde. Il n'existe aucune lésion pulmonaire, pas de bacilles dans les crachats. La réaction de Calmette a toujours été négative. Le traitement ioduré n'a donné aucun résultat.

Skiagrammes des sinus accessoires du nez, par P. Watson Williams.

Photographie montrant un développement anormal des cellules orbito-ethmoïdales, par Watson Williams. — Les cellules ethmoïdales droites avaient pris la place du sinus frontal et à gauche une grande cellule ethmoïdale était située en dehors du sinus frontal.

Polype rétro-nasal enlevé chez un enfant de 14 ans et demi, par Herbert Tilley. — Un enfant âgé de 14 ans et demi avait de l'obstruction nasale depuis deux ans. On enleva des polypes du nez en 1907, mais la gêne réapparut bientôt. On constata la présence de polypes dans la cavité nasale gauche, et de plus un polype volumineux faisant saillie en arrière dans le cavum. Pour cette ablation, l'auteur employa l'anesthésie générale par le chloroforme.

Plaque stéréoscopique montrant un développement remarquable des cellules orbito-ethmoïdales, par Herbert Tilley.

Hyperplasie sous-glottique avec rétrécissement notable du canal trachéal, par Herbert Tilley. — Le malade âgé de 34 ans éprouve de la gêne respiratoire depuis 3 ans. Il a eu la malaria ; et il y a une douzaine d'années il eut de fréquentes épistaxis avec présence de croûtes dans les fosses nasales. Il nie la syphilis.

Les cordes vocales sont normales. Au-dessous de la glotte est une hyperplasie concentrique d'un rouge luisant. La cloison dans la fosse nasale droite est excoriée superficiellement, et de ce côté existent des croûtes abondantes mélangées à du pus et à des caillots sanguins. L'auteur pense qu'il s'agit de syphilis nasale et trachéale.

Abcès du lobe frontal gauche consécutif à une sinusite frontale gauche, par L. V. Cargill, William Turner et Saint-Clair Thomson. — Le malade se présenta avec un phlegmon sus-orbitaire. Quatorze jours après il présenta de la dépression et de l'agita-

tion ; il existait de la névrite optique. W. Turner ouvrit le sinus frontal, et trouva la paroi postérieure de celui-ci détruite. Le lobe frontal fut ainsi mis à nu, il était recouvert de granulations grisâtres et de pus ; la dure-mère était absente. Une aiguille fut enfoncée en arrière, et fit évacuer du pus crémeux contenant du staphylococcus aureus. Le malade a guéri conservant une légère diplopie due à de la parésie du droit supérieur.

Quatre cas de chirurgie du sinus sphénoïdal, par Saint-Clair Thomson. — Dans le premier cas, il s'agit d'une pansinusite ; l'auteur a ouvert tous les sinus excepté le sinus maxillaire droit. Les deux sinus sphénoïdaux ont été largement ouverts et présentent actuellement une muqueuse intacte. Pour avoir accès dans les régions fronto-ethmoïdales, on a dû pratiquer une résection sous-muqueuse de la cloison.

Dans le second cas, l'auteur a ouvert avec succès le sinus sphénoïdal gauche, cureté les cellules ethmoïdales et pratiqué l'opération de Caldwell-Luc sur le sinus maxillaire gauche.

Dans le troisième cas, il s'agissait d'une pansinusite droite. L'auteur a pratiqué l'opération de Killian pour le sinus frontal ; le résultat n'est pas très esthétique. Il a cureté les cellules ethmoïdales et ouvert le sinus sphénoïdal. Guérison.

Dans le quatrième cas, l'auteur a ouvert les sinus sphénoïdaux droit et gauche ; la suppuration a cessé. Il a dû pratiquer un Killian, mais la suppuration n'a pas tari. Il pense qu'il reste un espace non comblé entre le pont et la paroi postérieure du sinus frontal.

Déviation marquée de la cloison, par Saint-Clair Thomson.

Opération pour une angine de Ludwig, par W. Stuart Low. — Il s'agissait d'un abcès très profond, qui fut incisé sur la ligne médiane du cou ; le second jour on trouva un calcul salivaire dans la plaie.

Tumeur maligne du larynx, par Dan Mackenzie. — Le malade âgé de 51 ans est enroué depuis quatre mois ; il éprouve de la douleur à gauche du cartilage thyroïde. Il a de la dysphagie en avalant la salive. Il n'y a pas d'amaigrissement. L'intérieur du larynx est obstrué par une épiglotte pendante. Avec le rétracteur d'Escat on aperçoit la corde et les parties sus-glottiques gauches rouges, tuméfiées et immobiles. On peut apercevoir aussi une ulcération sur la bandelette ventriculaire gauche. Il existe un ganglion hypertrophié à gauche au niveau du bord supérieur du cartilage thyroïde. L'iodure de potassium n'a produit aucun effet. L'auteur demande à la Société son opinion sur l'utilité ou non de l'intervention.

Pathogénie de la pachydermie laryngée verruqueuse et diffuse, par W. Jobson Horne. — L'auteur présente plusieurs séries de

coupes corroborant son opinion à savoir : que bien que l'hyperplasie puisse résulter d'une laryngite chronique, la laryngite pachydermique ne peut pas être regardée comme une entité morbide. Il s'agit ou bien d'une fibrose généralisée, ou d'une infection générale, ou de syphilis, ou d'une affection locale : cancer ou tuberculose, dans lesquelles l'hyperplasie suit un processus de défense pour arrêter l'affection sous-jacente.

Hystérie avec symptômes laryngés rares, par Félix Semon. — La malade, institutrice, célibataire, âgée de 28 ans, souffrait de surmenage en 1907. Elle se plaignait de tremblements dans les membres qui augmentèrent. Ces accidents, à la suite d'un traitement, disparurent peu à peu, mais il resta du tremblement dans la jambe gauche. Elle ne présentait aucun autre signe d'hystérie. En janvier, elle fut prise subitement de bégaiement. On essaya pour produire une impression mentale, d'appliquer la brosse faradique sur le cou, mais elle devint subitement muette. Au mois de mars, on pratiquait des tractions de la langue, quand subitement elle recouvra la parole. Néanmoins pour parler elle faisait des efforts violents avec contractions des muscles de la face, et produisait des sons saccadés, monotones et violents. Actuellement elle parle un peu mieux, mais toutefois avec un effort visible.

A l'examen du larynx, on n'aperçoit rien d'anormal pendant la respiration ; au début de la phonation, le larynx se contracte violemment, l'épiglotte s'abaisse et masque l'orifice laryngé, les cartilages aryténoïdes se serrent l'un contre l'autre, puis aucun son ne sort. On a prescrit des exercices respiratoires, mais qui n'ont produit aucune amélioration.

Combinaison préalable de tuberculose et de syphilis du larynx, par Félix Semon. — Au mois d'août 1902, le malade âgé actuellement de 44 ans présentait des signes de tuberculose probable du larynx (gonflement de la région aryténoïde droite et infiltration de la corde droite) et fut envoyé dans un sanatorium. Une ulcération se produisit à la partie postérieure de la corde droite congestionnée, avec immobilité de la moitié droite du larynx. On prescrivit le traitement antisyphilitique. L'état du larynx s'améliora et on trouva dans la sécrétion expectorée des bacilles tuberculeux.

Les lésions laryngées diminuèrent et le gonflement disparut presque complètement. On continua le traitement mercuriel lorsqu'apparurent au mois d'avril 1907 au niveau des replis aryépiglottiques des plaques blanchâtres d'apparence syphilitique, et en même temps se manifesta sur le corps une éruption.

Tous ces symptômes disparurent par le traitement antisyphilitique.

Au mois de juin, la voix redevint enrouée et on aperçut à la place des plaques notées précédemment, une ulcération à marche extensive atteignant la partie postérieure de la bandelette ventriculaire

droite, le repli ary-épiglottique ; en même temps la corde droite était œdématiée dans toute sa longueur. On ne trouve aucun signe de recrudescence de tuberculose en un autre point de l'organisme.

Photographie aux rayons X montrant le crochet de Hajek dans le sinus sphénoïdal droit, par H.-J. Davis.

Amygdales pharyngées normales et hypertrophiées chez des moutons, par H.-J. Davis. — L'aspect des végétations était le même que chez l'homme.

Fibrome pédiculé volumineux enlevé de la voûte du naso-pharynx chez un enfant de 9 ans, par H.-J. Davis. — L'auteur pense qu'il s'agit d'un fibro-myxome.

Kyste supposé du plancher de la fosse nasale droite, par H.-J. Davis. — La malade a été présentée à la section au mois d'avril dernier. Il s'agit en réalité d'un fibrome. Cette tumeur a été enlevée ; elle présentait des adhérences très solides avec l'os voisin.

Obstruction nasale complète du côté gauche, avec impossibilité de nettoyer le nez, par H.-J. Davis. — La malade, âgée de 27 ans, présentée à la section au mois de mars, fut examinée à nouveau sous le chloroforme. On trouva une membrane épaisse passant de la cloison à la paroi externe, et présentant un petit orifice laissant seulement passer une fine bougie de celluloïd. La membrane fut sectionnée, enlevée au moyen d'un bistouri recourbé ; elle consistait en une lame de tissu muqueux non cicatriciel, d'apparence congénitale.

Il n'existait pas de déviation de la cloison, ni de saillie de la paroi interne de l'antre.

Néoplasme de l'amygdale droite, par Charles A. Parker. — La malade, âgée de 23 ans, se ressentit d'une gêne dans la gorge au mois d'août 1907. L'amygdale fut enlevée à cette époque. L'examen histologique ne dénonça que les lésions de l'hypertrophie amygdalienne. Mais cette hypertrophie réapparut et trois semaines après, elle avait un volume égal à celui observé précédemment. Nouvelle ablation, nouvel examen histologique montrant la présence de tissu amygdalien normal avec augmentation du tissu fibreux. La cicatrisation ne se fit pas très bien, les bords de la plaie devinrent turgescents et bourgeonnants. Le 7 mai 1908, la tumeur avait envahi l'amygdale, le voile du palais, le pilier antérieur, la base de la langue et la paroi latérale du pharynx ; en un point existait une ulcération avec bords renversés. Un morceau fut enlevé et examiné histologiquement, on n'y trouva que de l'épithélium normal. Il

existe plusieurs ganglions engorgés. Sous l'influence de l'iodure, la tumeur s'est aggravée et s'est améliorée sous l'action de l'arsenic. Il n'y a pas lieu d'intervenir à cause de l'étendue de la lésion.

Angiome pulsatile du nez, par W.-D. Harmer. — L'enfant est âgé de 10 ans. En 1905, on a cautérisé des nœvi sous-cutanés à 3 reprises.

Depuis cette année on note des pulsations au niveau du côté droit du lobule du nez, dans la région sous-orbitaire droite, au niveau de l'angle interne de l'œil et de la lèvre supérieure. On n'aperçoit pas de pulsation dans le nez.

Cette pulsation ne disparaît pas seulement par la compression des artères faciales, mais aussi par celle des vaisseaux sous-orbitaires et de l'artère faciale droite. La tumeur augmente de volume.

Tumeur de l'amygdale, par H. Buckland Jones. — La tumeur gêne le malade depuis six mois ; elle s'étend à l'amygdale droite et au côté droit du voile du palais ; elle est dure, brunâtre.

On ne trouve aucune ulcération. Il existe un petit ganglion hypertrophié à l'angle de la mâchoire. On a donné sans résultat de l'iodure à l'intérieur. Une portion enlevée à la tumeur ne présente à l'examen histologique que de l'épithélium normal et du tissu fibreux.

VI. — *SOCIÉTÉ BERLINOISE D'OTOLOGIE*

Président : Lucae.
Secrétaire des séances : Schwabach.
Compte rendu par A. Sonntag (de Berlin).
Traduction par Menier (de Figeac).
Séance du 6 novembre 1908.

Présentation de malade, par Grossmann. — Avant qu'on passe à l'ordre du jour, Grossmann présente une malade de 32 ans qui a un bruit de craquement auriculaire, perceptible objectivement, qu'on pourrait appeler plutôt un bruit nasal, car il semble venir du nez. La cause est une contraction clonique du muscle tenseur du voile. Cette contraction peut être observée directement par rhinoscopie.

Présentation de radiographie, par Passow. — L'orateur présente la radiographie d'une malade, chez laquelle il entendit, avec l'otoscope, un souffle fort, isochrone à la pulsation.

La compression de la carotide supprimait objectivement et subjectivement ledit bruit. Sur la radiographie, on voit l'artère maxillaire interne et l'origine de l'artère auriculaire profonde et cela de façon nette, parce qu'il s'agit de calcification artérielle prononcée.

Une dilatation fusiforme de ce dernier vaisseau permet de penser que la supposition de l'existence d'un anévrisme est justifiée.

Sur les rapports d'alternance entre les deux oreilles, par Lucae. — Comme on le sait la fonction des deux oreilles ne peut être isolée de façon certaine en ce qui concerne l'audition pour la parole.

Dernièrement Barany a construit un appareil, le « tambour producteur de bruit » par l'emploi duquel on peut rendre sourde l'oreille saine. Il y a un an que moi-même, j'ai employé cette méthode en empêchant l'oreille saine de fonctionner grâce au bruit produit par le moteur dans le massage pneumatique de l'oreille. J'ai un malade de 65 ans que j'observe depuis plusieurs années. Il s'agit d'une carie étendue et d'un cholestéatome de l'oreille droite qui durent être traités par les procédés conservateurs, car le malade se refusait à toute intervention. Au bout d'un an de traitement, il y eut élimination de deux séquestres de l'oreille interne représentant la plus grande partie du limaçon. Bientôt après, il y eut guérison avec épidermisation complète ; elle persiste encore. Peu de temps avant l'extraction du limaçon, le malade remarqua qu'il entendait beaucoup mieux de l'oreille droite qu'avant, et, le contrôle par l'expérience de Dennert-Lucæ montra qu'il était indifférent que l'oreille droite fût ouverte ou fermée. La gauche était toujours fermée dans cette expérience. Le malade remarqua aussi que, dans une société bruyante, il comprenait mieux une conversation tenue à sa droite lorsqu'il fermait bien son oreille gauche. Cela est dû probablement à l'interférence des ondes sonores. Les sujets à audition normale et ceux dont le labyrinthe est malade entendent plus mal au milieu du bruit, les scléreux entendent mieux. Les diapasons C^4, C^3 et C^2 étaient entendus à droite ; on faisait l'expérience de telle sorte que lorsque le son n'était plus entendu par l'oreille droite fermée, on ouvrait celle-ci et alors le son était de nouveau entendu. C^5 et C^6 n'étaient pas entendus.

Comme on ignore ce qui reste du limaçon, l'interprétation de ce cas est difficile ; en tout cas, la partie basale est conservée encore.

Schäfer. J'explique ce dernier phénomène par ce qu'on appelle la *transaudition* à travers le crâne. Lorsqu'on supprime l'occlusion de l'oreille malade, le son traverse l'oreille malade et l'os pour se rendre à l'oreille saine où il est de nouveau perçu. Peut-être, ici aussi des excitations tactiles entrent-elles en jeu.

Dennert. J'ai fait les mêmes observations que Lucæ dans un cas où j'avais dû enlever, pour carie, le vestibule, les canaux semi-circulaires et le limaçon.

Wagener. Je ferai remarquer qu'en tenant une oreille fermée, il se produit des bruits qui influencent défavorablement l'autre oreille. L'amélioration de l'audition dans le cas de Lucæ ne s'expliquerait pas par une conservation de la faculté auditive, mais bien par la suppression de bruits troublant l'audition de l'oreille saine.

Lucæ. Je ferai observer à Schäfer que j'ai fait aussi l'expérience de façon telle que l'oreille malade étant ouverte, l'oreille saine fermée et le son n'ayant pas achevé de vibrer pour l'oreille malade, je faisais ouvrir brusquement l'oreille saine et qu'alors le son persis-

tait aussi dans l'oreille malade, parce que l'autre oreille était dans l'ombre sonore. Le fait que quelques sons musicaux et la parole étaient encore perçus par l'oreille malade, permet de conclure que la perception du son se produisait aussi en un autre endroit du labyrinthe.

Remarques sur l'épreuve de Weber, par Clauss. — Quand le diapason, dans l'épreuve physiologique de Weber, est placé sur le vertex, les ondes sonores sont transmises à l'os et font aussi vibrer l'air du conduit auditif, comme j'ai pu le démontrer sur des temporaux de cadavres et sur le vivant. L'occlusion de l'oreille amène la réflexion des ondes sonores qui sont projetées sur la membrane tympanique et renforcent le son. Plus tard, je rapporterai des recherches faites sur l'épreuve clinique de Weber.

Dennert. Les vibrations périodiques en ce qui concerne l'intensité de la vibration concomitante de corps ayant le même période vibratoire, sont le plus faiblement transmises dans les milieux aériens et le plus fortement dans les milieux solides. Au point de vue du diagnostic différentiel, l'épreuve de Weber a peu de valeur à cause de l'inconstance de constitution du crâne, des cavités et de leur situation ; elle n'a de valeur que comme adjuvant. La valeur principale réside dans l'examen de l'audition par conduction aérienne.

Lucæ. Je voudrais mentionner qu'autrefois j'ai décrit une épreuve qui montre que le renforcement du son dans le Weber doit être attribué au rapport du conduit avec les diapasons graves employés ; tout dépend de la relation de la longueur des ondes avec le conduit. Le renforcement du son est produit par la résonance.

Dennert. Je recommanderais de faire bien attention dans les examens avec les tubes, car, suivant le plus grand ou le plus faible diamètre de ceux-ci, on aura des résultats différents.

VII. — *SOCIÉTÉ AUTRICHIENNE D'OTOLOGIE*

Séance du 26 octobre 1908

Président : Urbantschitsch.

Compte rendu par H. Barany.

Traduction par Menier (de Figeac).

Présentation de pièces, par V. Urbantschitsch. — Il s'agit d'un cas de pyohémie autopsié : enfant avec otite moyenne suppurée et cholestéatome. Opération radicale ; ligature de la jugulaire et curetage du sinus ; la pyohémie continuant : mise à nu du bulbe. A l'autopsie, on trouve un caillot dégénéré à l'embouchure de la jugulaire dans le tronc brachio-céphalique.

Cas de mastoïdite récidivante, par Bondy. — Sujet opéré il y a 5 ans. Aujourd'hui : formation d'un abcès périosté après otite aiguë.

On trouve une fistule de l'apophyse correspondant à la cicatrice. Pas de néoformation d'os vers l'antre. 5 jours après, pyohémie : ligature de la jugulaire ; curetage du sinus. Guérison.

L'orateur cite deux autres cas. Chez l'un d'eux, par suite de coqueluche, il s'était formé de l'emphysème cutané mastoïdien.

Cas de labyrinthite séreuse, 24 heures après opération radicale, par Bondy. — Il y eut surdité totale et inexcitabilité de l'appareil vestibulaire. Pas de symptôme de fistule. Parésie faciale légère démontrée par le phénomène (encore inédit) de Ruttin : si l'on fait pencher en arrière la tête du malade en lui faisant fermer lentement les yeux, on remarque un retard bien net de la paupière supérieure du côté malade surtout dans l'angle interne de l'œil.

Cas de thrombose du sinus, par Bondy.

Cas d'opération labyrinthique avec anesthésie locale, par Barany. — A cause d'une affection cardiaque grave chez un sujet avec suppuration, cholestéatome, signes de fistule labyrinthique, vertige, etc., on fit l'intervention avec l'anesthésie locale, par injections et par tampons de cocaïne (ces derniers à 20 0/0). Nystagmus lors du cathétérisme de la fistule (ampoule du canal semi-circulaire horizontal).

Communication, par Ruttin. — L'orateur a fait construire un appareil qui permet d'injecter dans les deux oreilles la même quantité d'eau à la même température pour étudier rapidement l'excitabilité des deux labyrinthes. C'est un étrier pouvant s'adapter à toutes les têtes, et ayant de chaque côté un spéculum pouvant tourner sur une articulation à genou. Le spéculum renferme une canule pour l'attique, mais qui ne dépasse pas la lumière du spéculum, d'où impossibilité de provoquer, par la canule, une lésion. Chez les sujets normaux, pas de nystagmus par lavage concomitant à l'eau à 30° ; dans les affections labyrinthiques ; nystagmus du côté malade. Dans un cas d'hyperexcitabilité du côté malade, il y eut nystagmus du côté sain.

Présentation de malades, par Ruttin.

1° Cas d'otite moyenne suppurée chronique, avec fracture de la base du crâne, début de méningite et psychose de Korsakoff. Les symptômes disparurent après opération.

2° Abcès du lobe temporal guéri par opération.

3° Ligature de la jugulaire ; thrombose du sinus ; guérison. Un abcès péribulbaire s'était ouvert dans la caisse.

4° Affection bilatérale (?) de l'appareil vestibulaire, le tympan étant intact. L'orateur pense à une névrite double vestibulaire.

Présentation de malades, par E. Urbantschitsch.

1° Malade opérée en juillet : suppuration chronique, cholestéatome, thrombose du sinus ; ligature de la jugulaire, curetage du sinus au niveau de la limite supérieure du thrombus, les parois du sinus étaient complètement accolées ensemble.

2° Malade avec suppuration chronique, cholestéatome, surdité totale, inexcitabilité du labyrinthe pour la rotation et la chaleur. Pas de symptôme de fistule. Opération. Paralysie du facial. Une deuxième opération ramène des séquestres dont un renfermait le résidu du labyrinthe. La carotide semblait mise à nu ; on voyait une pulsation. Guérison.

3° Épithélioma du tragus. Ablation ; guérison.

Présentation d'instruments, pas Neumann. — Trois pinces pour les os, construites par Fletcher.

Présentation de malade, par Stein. — Homme de 45 ans, atteint de syphilis il y a 4 mois. Deux mois après l'infection : bourdonnements et diminution de l'ouïe ; pas de vertiges ; ceux-ci survinrent 3 jours après. Le traitement spécifique amena une grande amélioration de l'audition et le retour à la normale de l'excitabilité, très augmentée, de l'appareil vestibulaire.

VIII. — *SOCIÉTÉ OTO-LARYNGOLOGIQUE DE SAINT-PÉTERSBOURG*

Président : P. Hellat.

Séance du 14 mars 1908.

Compte rendu par M. de Kervily (de Paris).

Goitre pulsatile, par P. Hellat. — L'auteur présente une malade atteinte de cette affection peu fréquente. Les pulsations sont visibles et sensibles aux doigts. Au-dessus de la tumeur on entend nettement les bruits du cœur. Cette tumeur s'est développée depuis deux ans environ et ne cause aucune gêne à la malade.

Un cas de lupus primitif du larynx, par Bomann. — Malade âgé de 38 ans, vint consulter pour enrouement et douleurs pendant la déglutition. Sur l'épiglotte, il existe de petites ulcérations, hyperhémie et tuméfaction de la corde vocale droite. Le sommet du poumon droit présente de la submatité et une respiration rude. Présence de bacilles de Koch dans les crachats. Pas de syphilis. Traitement : badigeonnages à l'acide lactique et injection dans le larynx d'huile mentholée. Les ulcérations se cicatrisèrent, la tuméfaction diminua et les douleurs disparurent. L'état général s'améliora. Au bout de 3 mois, il y eut de l'infiltration de l'épiglotte qui bientôt atteignit un centimètre d'épaisseur. L'examen histologique confirma le diag-

nostic de lupus. Le malade est actuellement traité par des galvano-cautérisations. L'amélioration est lente.

Le prof. Nikitine a obtenu de bons résultats par l'emploi des rayons X dans le traitement du lupus du pharynx et du larynx.

Emploi du sublimé contre les bruits auriculaires dans les cas d'inflammation non purulente de l'oreille moyenne et particulièrement dans l'oto-sclérose, par A. Zacher. — L'auteur a obtenu de très bons résultats en prescrivant le sublimé à très petites doses, même chez des malades qui n'étaient pas suspects au point de vue de la syphilis.

Le sublimé semble avoir une action non sur le processus pathologique lui-même, mais, d'une façon symptomatique, sur le bruit auriculaire, qui était également amélioré, malgré les diversités des lésions anatomo-pathologiques chez les malades traités.

Un cas de cancer du larynx. Présentation de préparations, par D. Borsylovitch. — Cancer de la corde vocale droite. Le malade avait été traité par des injections d'adrénaline.

Séance du 28 mars 1908.

Aphonie par paralysie des adducteurs de cause inconnue, par L. Lévine. — L'auteur présente une fillette de 9 ans qui est aphone depuis 6 mois, sans présenter aucun signe d'hystérie ni de névropathie. La faradisation endolaryngée et la suggestion sont restées sans aucun résultat.

Diphtérie chronique du nez et du naso-pharynx, par Bomann. — Malade âgé de 31 ans, présentant depuis 3 mois une tuméfaction de la muqueuse des fosses nasales, céphalées, température dépassant 38° le soir. Après badigeonnage à la cocaïne-adrénaline, on constate dans la partie postérieure de la fosse nasale gauche une ulcération recouverte de fausses membranes. Des fausses membranes semblables se trouvent dans la fosse nasale droite, au niveau des choanes et dans le naso-pharynx. Les ganglions lymphatiques sous-maxillaires sont fortement tuméfiés des deux côtés et sont douloureux. Les cultures confirmèrent le diagnostic : elles donnèrent un abondant développement de bacilles de Löffler mélangée de streptocoques.

L'auteur a observé, il y a 6 ans, un autre cas analogue chez un adulte.

Le traitement par le sérum anti-diphtérique ne donna pas de résultats appréciables.

Anomalies du palais. Présentation de deux malades, par P. Hellat.

Un cas de guérison d'une adhérence membraneuse du conduit auditif, par Girmounsky. — Il s'agit d'une malade de 53 ans qui était depuis l'enfance atteinte d'otorrhée purulente des deux côtés.

A l'examen, on constate que la membrane du tympan à droite est détruite entièrement. A gauche le conduit auditif est rétréci. Dans sa portion osseuse il existe une adhérence membraneuse percée au centre d'un petit orifice, à travers lequel on voit des granulations qui remplissent toute la région tympanique.

L'auteur fit une incision cruciale dans la membrane et l'agrandit au moyen d'un galvano-cautère. Il put alors faire l'ablation des granulations. Au bout de 10 jours, l'otorrhée disparut.

Au sujet de l'opération d'Otto Freer pour les déviations de la cloison nasale, par le prof. Okuneff.

J. Goldstein considère que l'opération de Killian doit être préférée à celle d'Otto Freer. La première présente cet avantage que la première incision est faite sur le bord antérieur du cartilage, de sorte que le champ opératoire est plus clair que lorsque la première incision porte dans une région plus profonde.

IX. — *RÉUNION DE LA SOCIÉTÉ LARYNGOLOGIQUE ET OTOLOGIQUE DE CHICAGO*

Réunion du 14 avril 1908.

Président : A.-H. Andrews.

Compte rendu par Shambaug (de Chicago) et Massier (de Nice).

Xanthome de la gorge et du larynx, par John Edwin Rhodes. — Ce cas se présenta dans des conditions tout à fait particulières chez un homme de 23 ans. Les lésions étaient largement répandues sur le corps et plus spécialement sur les organes génitaux, sur la poitrine, les paupières, la gorge et le larynx. La respiration était tellement gênée, qu'une trachéotomie s'imposa il y a deux ans. Une amélioration se produisit immédiatement, et le malade est actuellement en état de bien parler et les nodules sont en régression.

Un cas de tuberculose laryngée chez un homme de 50 ans, par Geo E. Shambaugh. — Les symptômes d'enrouement débutèrent il y a environ un an, et jamais avant quelques semaines n'apparurent d'autres symptômes. Récemment, il y eut une légère douleur à la déglutition, Nulle part dans le corps ne fut découverte la moindre trace de tuberculose. La seule manifestation morbide était une lésion du côté droit du larynx. Il y avait infiltration nodulaire étendue avec des ulcérations occupant la fausse corde et s'étendant jusqu'au cartilage aryténoïde. Il y avait autour de la lésion un peu de réaction, sous forme d'œdème et de rougeur. La corde vocale est librement mobile et ne paraît pas atteinte en apparence. Des coupes microscopiques d'un morceau enlevé de la gorge furent montrés : il laissaient

voir de l'infiltration tuberculeuse typique, avec de nombreuses cellules géantes.

Otite moyenne chronique suppurée avec complications, par Norval H. Pierce. — Il s'agit d'une otite moyenne chronique suppurée avec thrombose du sinus latéral et du bulbe de la jugulaire, érosion du canal facial et abcès du cerveau que l'auteur opère et qui fut suivi de guérison. Le malade avait 30 ans et son otite moyenne suppurée datait de 2 ans. Il vint se plaindre d'une douleur de l'oreille droite et de vertige datant de 10 jours. Quelque temps après le début du vertige, il avait fréquemment des frissons répétés, avec une température évoluant autour de 105° F ; et à ce moment-là, le facial se trouva atteint. Le vertige augmenta au point que le malade ne pouvait lever la tête. Le nystagmus était très marqué quand il tournait ses yeux du côté opposé. Le tympan présentait une petite perforation avec un écoulement sale fétide. On pratiqua l'opération radicale pour ouvrir la mastoïde et la caisse. L'antre était plein de pus et de cholestéatome. La tête du marteau était nécrosée. L'état critique du malade ne permit pas une exploration plus approfondie à ce moment-là. Par la suite, le malade fut de nouveau anesthésié, le sinus latéral fut nettoyé, la veine et le bulbe jugulaire furent réséqués et un abcès cérébral drainé. Le malade a parfaitement guéri.

Beck attire l'attention sur deux points intéressants : tout d'abord la présence d'un abcès cérébral sans symptômes marqués, et puis l'apparition des frissons et la courbe de la température. Il a opéré récemment un cas où le diagnostic d'affection du labyrinthe fut posé, grâce à la présence du nystagmus et de la démarche chancelante. A l'ouverture du labyrinthe on le trouva en bon état, mais on découvrit un abcès autour du sinus latéral qui causait une compression du cerveau. Quand cet abcès fut supprimé, les symptômes disparurent. Il demande si, dans le cas du Dr Pierce, les symptômes de nystagmus ne pouvaient être expliqués par la présence de l'abcès cérébral. Il attache une grande importance à l'apparition du frisson dans une affection suppurée de l'oreille, comme indication d'un trouble morbide dans le sinus. Récemment, il a opéré quelques cas sous anesthésie au gaz oxygéne avec pleine satisfaction. Il déclare qu'il n'y a aucun danger de collapsus et de prostration, comme cela est arrivé dans ce cas avec un autre anesthésique.

Frank Alport considère que l'apparition d'une complication labyrinthique est une indication d'une complication intra-cranienne probable. Dans les cas de diagnostic douteux, il a trouvé que l'examen du sang est d'un précieux secours en même temps que l'examen bactériologique et un examen minutieux de la numération leucocytaire. Il croit que dans de pareils cas, on devrait toujours s'exposer à mettre à nu le sinus complètement. Il ne pense pas qu'il soit, dans tous les cas, possible de faire un diagnostic positif avant l'opération. Il mentionne un cas qu'il a vu récemment où les symptômes étaient

légers, qu'il opéra des deux mastoïdes où l'on trouva des lésions sérieuses, et plus tard, le sinus fut aussi le siège de lésions profondes. Les symptômes ne sont pas toujours nettement tranchés et bien définis.

Geo F. Shambaugh appelle l'attention sur ce fait que le nystagmus et l'ataxie qui apparaissent dans les cas d'abcès cérébral ne sont pas différents des mêmes symptômes qui apparaissent dans le cas d'infection purulente du labyrinthe. L'abcès cérébral d'origine otique prend naissance en général par propagation d'une infection du sinus latéral ou par la voie du labyrinthe. Si l'abcès cérébral se produit secondairement à une suppuration de l'oreille interne, on peut arriver à diagnostiquer la présence d'un abcès cérébral en trouvant une destruction complète de l'audition et une absence d'augmentation du nystagmus et du vertige par la méthode de Barney en irriguant le conduit auditif externe, avec de l'eau chaude et froide.

Pierce conclut en établissant que le nystagmus disparaît après l'opération et que la paralysie faciale a aussi largement disparu. A mesure que son expérience augmente, il a de moins en moins tendance à attacher de l'importance à la valeur de l'hématologie. Dans le cas positif, nous n'avons pas à la pratiquer, dans les cas douteux, elle est trop incertaine pour que nous ayons confiance en elle.

Calcul du canal de la glande sous-maxillaire, par Gradle.

Quatre cas d'abcès péri-auriculaires et furonculose du conduit, par Gradle. — Les symptômes ressemblaient tout à fait à ceux d'un abcès mastoïdien. Il appelle l'attention sur certains points du diagnostic différentiel et conclut qu'on n'a pas toujours attaché à l'abcès péri-auriculaire l'importance qu'il mérite.

Hollinger pense que le diagnostic différentiel n'est pas toujours facile même pour un otologiste expérimenté.

Pierce croit plutôt que le diagnostic différentiel entre les deux états pathologiques n'est pas si difficile et qu'habituellement on peut l'établir d'après le caractère de l'infiltration. Dans la furonculose et l'abcès péri-auriculaire de causes autres que la mastoïdite, il croit qu'on trouvera toujours la présence de l'œdème et de la dépression, tandis que si c'est de la mastoïdite, ces symptômes manqueront en partie en dépit de l'infiltration sur la mastoïde.

Freer raporte un cas où le gonflement péri-auriculaire était dû à une obstruction du canal de Sténon. On diagnostique nécrose osseuse, mais, après suppression d'une arête de poisson du canal, les symptômes disparurent.

Alcport pense comme Pierce que le diagnostic est facile en général, et que, dans les cas typiques, tout chirurgien sera souvent très embarrassé.

Beck recommande les rayons X pour déterminer l'état de la mastoïde, et pense que son emploi se généralisera bientôt.

Andrews accorde une grande valeur à l'usage du transilluminateur dans ces conditions. Dans l'abcès mastoïdien, la lumière est obscurcie, tandis que dans l'abcès périauriculaire, le passage de la lumière n'est pas intercepté, tout au moins jusqu'à ce qu'il y ait présence de pus.

Gradle répond que ce qu'a dit Pierce au point de vue du diagnostic différentiel s'applique à de nombreux cas, mais ce qu'il a en vue en rapportant ces cas, c'est qu'il est des circonstances exceptionnelles où l'on est embarrassé, surtout dans les cas où il n'existe pas de gonflement pendant qu'il y a de la douleur et de la sensibilité. Dans un des cas qu'il a rapportés, il aurait voulu opérer, mais le malade s'y opposa.

Cas de céphalalgie probablement due à une sinusite frontale non suppurée, par Frank Brawley. — Après avoir rappelé deux travaux traitant du même sujet qu'il a publiés, l'auteur pense que celui qu'il présente actuellement offre certains caractères exceptionnels. Il croit que cet état peut apparaître dans un nez apparemment normal et peut être dû à l'occlusion du canal naso-frontal par turgescence du corps du cornet moyen, qui apparaît pendant les temps humides, froids, avec coryzas et pendant les périodes menstruelles, etc.... La douleur est causée par l'irritation des fibres des nerfs nasaux antérieurs, dans le sinus frontal, due au gonflement de la membrane de revêtement du sinus. Le gonflement résulte du vide formé dans le sinus par l'absorption de l'oxygène de l'air emprisonné. Le traitement consiste dans la résection du 1/3 antérieur du cornet moyen. Dans le cas présent, ceci ne suffit point et le canal naso-frontal fut cautérisé avec de l'acide trichloracétique et de l'acide chromique, qui détruisit une partie de la surface œdémateuse de revêtement, et provoqua l'adhérence interne du tissu restant au canal osseux, par le fait d'une inflammation adhésive. Les symptômes ont entièrement disparu.

Pierce pose une question au sujet de l'opportunité de la cautérisation du canal naso-frontal, craignant que le résultat définitif de la cautérisation ne provoque un rétrécissement de la lumière du conduit par rétraction cicatricielle.

Brawley répond qu'il n'y a aucun danger d'occlusion cicatricielle, car la cautérisation fait que les tissus mous adhèrent plus intimement aux parois osseuses et élargissent par ce fait la lumière du conduit. Il montre aussi l'utilité des caustiques dans la dilatation du canal lacrymal.

Chondrome et ostéome des amygdales palatines, par L. N. Grosvenor. — Les manifestations pathologiques apparurent chez une femme de 27 ans ; il y eut comme un endurcissement du voile du palais, au point qu'il existait un défaut de prononciation marqué. La

découverte de cartilage et d'os dans les amygdales a été rapportée un certain nombre de fois; les auteurs l'attribuent à un allongement de l'extrémité de l'apophyse styloïde. D'autres, qui ont écrit à ce sujet, attribuent la présence de tissu osseux dans l'amygdale à des changements métablastiques. D'autres concluent que la croissance anormale de cartilage dans les amygdales provient d'un vestige du second arc branchial. En matière de conclusion, Grosvenor croit que le cartilage et l'os ne sont pas une partie de l'apophyse styloïde, car il n'a pas pu en toucher la racine. De même, c'est sous la forme d'un anneau ou plutôt d'un triangle, au lieu d'un simple nodule, que cette modification s'est présentée. Il ne croit pas non plus que c'est là un changement métablastique, car il n'y a aucune histoire clinique, ni aucune manifestation pathologique qui justifierait pareille explication. Il croit que la conclusion logique est que le cartilage et l'os trouvés dans ces amygdales se sont développés du noyau de cellules anormales ou déplacées tenant leur origine du second arc branchial.

Grosvenor présente une série de coupes des amygdales, qui sont vues par projection sur un écran lumineux.

Holinger présente une série de coupes de conditions pathologiques du labyrinthe.

Boot présente des coupes montrant le développement des cavités nasales chez un embryon humain.

Freer présente des coupes de tuberculose primitive du nez.

Ostrom présente des coupes de sarcome de l'amygdale palatine.

Shambaugh présente des coupes de l'organe de Corti normal et de la crête ampullaire.

X. — *ASSOCIATION ROYALE DES MÉDECINS HONGROIS*

SECTION RHINO-LARYNGOLOGIQUE.

Budapest, 27 janvier 1909.

Président : Prof. de Navratil (de Budapest).

Compte rendu par D. de Navratil.

Traduction par Menier (de Figeac).

Cas de tumeur du septum guérie, par A. von Irsai. — Il s'agissait d'une tumeur de la cloison, ayant résisté à tous traitements et qui guérit seulement par l'IK.

Au point de vue clinique et microscopiquement la tumeur se présentait comme un tuberculome. Z. Donogany et A. Onodi parlent sur ce cas.

Cas de tumeur trachéale, par H. Zwillinger. — Homme, 26 ans, souffre depuis longtemps de gêne respiratoire. A l'examen endo-laryngo-trachéal, on constate que le malade a, dans la trachée, au niveau du troisième anneau, une tumeur lisse qui obstrue pas mal le calibre de la trachée. L'orateur regarde cette tumeur comme du sclérome. Le malade provient de la partie de la Hongrie où il y a assez souvent des scléromateux. Un point intéressant, c'est que le

sclérome n'était localisé qu'à la trachée. L'orateur voudrait traiter le malade aux rayons X. Présentation du malade.

K. v. Lang. Je pense que cette tumeur n'est pas un sclérome car elle a un aspect lisse et ne possède point l'odeur typique du sclérome.

D. v. Navratil. Je ne crois pas qu'on puisse exécuter une excision exploratrice par voie trachéale, mais je pense qu'il faudrait le faire par trachéo-fissure pour pouvoir avoir un diagnostic précis.

E. v. Navratil. Je conseille d'employer le plus tôt possible le traitement aux rayons X.

H. Zwillinger. C'est ce que je veux essayer et si je n'obtiens pas de réussite, je ferai, par une fissure trachéale, l'excision exploratrice suivie d'extirpation.

Cas d'empyème frontal, ethmoïdal et maxillaire, compliqué de nécrose. Opération, guérison, par K. v. Lang. — Chez une jeune fille de 18 ans, après *contusion de la tête*, survint un écoulement purulent par la fosse nasale droite. Bientôt, au niveau du sinus frontal droit, se développa une tumeur du volume d'un œuf qui fluctuait. On l'incisa en province. Cependant l'écoulement purulent par le nez et par l'incision ne cessa pas. Il y eut, par la fosse nasale droite, élimination de petits os. La malade se présenta en décembre 1908. Son état fit soupçonner une méningite. On l'opéra.

La paroi antérieure nécrosée du sinus frontal fut enlevée, la muqueuse du sinus curetée ; on enleva les cellules ethmoïdales nécrosées. Au niveau de la troisième molaire supérieure droite, on enleva un fragment nécrosé de l'apophyse alvéolaire ; curetage partiel de la muqueuse du sinus maxillaire. Bon résultat esthétique. Pas de pus dans le nez. Présentation de la malade.

E. Pollatschek. J'ai eu un cas semblable ; mais dans ce cas, la contusion de la tête avait amené une fêlure de la paroi interne du sinus frontal et il y eut, ainsi, une méningite à issue fatale.

Élections pour 1909.

Président : Prof. E. von Navratil, conseiller aulique.
Vice-Président : E. Löri.
Caissier : E. Pollatschek.
Bibliothécaire : Baumgarten, privat-docent.
Secrétaire : A. Lipscher.

XI. — *ACADÉMIE DE MÉDECINE DE NEW-YORK*

SECTION D'OTOLOGIE

Président : A. B. Duel.

Compte rendu par Massier (de Nice).

Réunion du 9 octobre 1908.

Relation de deux cas de thrombose du sinus atypique, par J.-J. Kopetzky.

Dench demande si l'on a fait l'examen bactériologique du thrombus.

Kopetzky répond que la culture du deuxième cas fut perdue et que dans le premier cas qui fut suivi de guérison, il n'y eut pas d'examen bactériologique.

Dench dit que, dans certains cas, on a trouvé un caillot aseptique, soit dans le sinus, soit dans la veine jugulaire. Un caillot aseptique ne donne pas naissance à des symptômes. Dans quelques cas où il existait des symptômes, le centre du caillot peut être aseptique, tandis que l'extrémité du caillot, les parois du sinus ou de la veine peuvent contenir des microorganismes pathogènes. Donc la question se pose de savoir si une thrombose aseptique peut nécessairement être fatale.

Gruening dit que la conduite à suivre est délicate lorsqu'il n'y a pas d'examen pathologique et qu'il n'a pas été fait de culture. Il faut noter avec soin toutes les trois heures les variations thermométriques.

Kopetzky répond que la température fut notée toutes les trois heures.

Berens dit que la désintégration du caillot dans le deuxième cas peut être due à l'action du maillet, et que le caillot s'est alors comporté comme un thrombus.

Duel limite de plus en plus l'emploi du maillet et du ciseau à cause de la désintégration possible du caillot, d'une infection possible du labyrinthe et d'un abcès intra-dural.

Held pense à l'action traumatisante du ciseau et à son influence sur la production de troubles psychiques.

Dench demande si les troubles mentaux ne peuvent pas se produire dans la même proportion des cas suivant une opération grave sur les os longs. Il n'a jamais vu, sur un millier environ d'opérations mastoïdiennes, où l'on employa le maillet et le ciseau, un seul cas où l'ébranlement ait produit le plus léger dommage.

Rae demande s'il faut admettre, comme le dit Kopetzky, que l'œdème post-auriculaire est un symptôme de complication sinusale.

Kopetzky dit qu'il a observé que, dans les cas où il y a gonflement au-dessus et en arrière de l'oreille présentant l'aspect clinique d'un abcès sous-périosté et où l'on ne trouve qu'un fond d'infiltration à l'incision, il faut penser à une complication habituelle du côté du sinus.

Gruening dit que le symptôme d'œdème de la mastoïde dans la thrombose du sinus est bien connue sous le terme de symptôme de Griesinger.

Cas de thrombose du sinus, présenté par A. P. Voislawsky. — La température persista après l'opération sur le sinus. On avait fait la mise à nu du sinus sur une étendue d'une pièce de 10 centimes. On enleva quelques granulations, mais la température continua à être élevée et on pratiqua une nouvelle opération qui, après des alterna-

tives d'aggravation et d'amélioration se termina par une guérison inespérée. Il y eut une leucocytose de 30.000 et des polynucléaires à 88 p. 100.

Berens pense qu'il faut invoquer comme cause de complication une phlébite de la veine innominée, phlébite accompagnant la thrombose du sinus latéral et s'étendant au delà du thrombus.

Gruening a observé de ces hyperthermies après l'ablation du caillot et croit qu'elles sont dues à une streptococcémie. La disparition de celle-ci fait tomber la température.

Dench cite le cas d'une malade atteinte de suppuration chronique de l'oreille depuis 13 ans qui présentait du vertige et quelques vomissements. Granulations de la caisse, douleur vive dans la tête. Absence de nystagmus, mais tendance à la chute du côté lésé. A l'opération, on trouve du cholestéatome remplissant l'antre. Fistule du canal semi-circulaire horizontal, et une fistule plus petite du canal semi-circulaire supérieur. Absence du toit de l'antre et granulations de la dure-mère. Trois jours après l'opération, il y eut une issue profuse de liquide cérébro-spinal qui diminua progressivement en quelques jours. L'issue de ce liquide peut être expliquée par la présence chez le malade d'une méningite séreuse le jour de l'opération. Il est étonnant aussi que la destruction étendue des canaux semi-circulaires horizontal et supérieur n'ait pas provoqué du nystagmus et un vertige plus intense. La malade guérit parfaitement.

L'application des tableaux d'Arneth pour l'analyse du sang dans le diagnostic des états mastoïdiens obscurs, par Robert Milligan, de Pittsburg.

Sondern a été très intéressé par la communication de Milligan et l'emploi qu'il fait du calcul d'Arneth est des plus originaux. Milligan emploie l'augmentation dans le nombre relatif des cellules polynucléaires comme un moyen de diagnostic dans les inflammations suppurées. La théorie basale d'Arneth est que les cellules polynucléaires à 1 ou 2 noyaux n'ont pas de pouvoir phagocytaire tandis que les cellules polynucléaires à 3, 4, 5 noyaux sont les vraies phagocytes. La base pour l'Index de la capacité phagocytaire s'appuie sur le nombre des cellules de 3, 4, 5 noyaux dans 1 cmc. de sang.

La conception différente que se font différents auteurs de ce que sont les cellules à 1 ou 2 noyaux explique la différence qui existe entre les figures normales adoptées par Arneth et d'autres observations.

Cette méthode n'offre malheureusement pas des résultats d'une sûreté absolue et les variations dans les appréciations sont nombreuses, ce qui au point de vue du diagnostic n'offre pas des garanties rigoureuses. Néanmoins les efforts de Milligan doivent être encouragés, car on arrivera à une méthode sûre et précieuse dans le pronostic des complications mastoïdiennes.

XII. — *SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE DE BERLIN*

Président : Professeur Fraenkel.
Compte rendu par Max Scheier.
Traduction par Menier (de Figeac).
Séance du 25 septembre 1908.

Cas de luxation du maxillaire inférieur, par Warnekros. — La luxation bilatérale devait probablement être produite chez la malade à la naissance. Les dents du maxillaire supérieur sont, dans l'occlusion des mâchoires, situées bien loin en arrière de celles du maxillaire inférieur. Par une résection unilatérale de l'articulation temporo-maxillaire, on a obtenu une amélioration dans l'ouverture de la bouche et on fixa à l'aide d'une plaque, en avant des dents naturelles du maxillaire supérieur, un dentier complet de fausses dents. Bons résultats.

Sur les pertes de substances palatines et leurs prothèses, par Warnekros. — Les examens histologiques et les rayons X ont permis à l'orateur de constater que les divisions palatines se produisent parce que des germes dentaires surnuméraires empêchent les rapprochements des maxillaires et de l'os intermaxillaire. Pour obtenir une parole nette, il n'est pas utile d'avoir une grande plaque qui sépare complètement l'un de l'autre le nez et la cavité buccale. Très important est pour la parole nette le mouvement en avant de la paroi postérieure du pharynx, grâce au constricteur supérieur du pharynx et le mouvement, vers la ligne médiane, des parois latérales du naso-pharynx.

Séance du 16 octobre 1908.

Un cas d'ostéosarcome, par Schoetz. — L'orateur a enlevé, il y a un an, la tumeur chez un garçon de 5 ans ; elle partait de la lame criblée de l'ethmoïde. Pas de récidive jusqu'à présent.

Cas d'encéphalocèle nasale, par Schoetz. — Chez l'enfant âgé de 3 ans, on voyait une saillie d'un des côtés du dos du nez et un déplacement de l'œil vers le côté. Dans la fosse nasale, on voit une tumeur qu'on prend pour un polype. Lors de l'extraction exploratrice d'un fragment, il sortit un peu de liquide. L'examen microscopique révéla des cellules ganglionnaires. Après l'opération, il survint une forte rhinorrhée. Le liquide est alcalin, ne contient pas de sucre, mais renferme un peu d'albumine. Trois semaines après l'intervention, il survint des vomissements, rigidité de la nuque. Mort. L'autopsie indique une méningite purulente : Encéphalocèle nasale dans la région du lobe olfactif.

Bande pour la stase de la gorge, par Grabower. — L'orateur l'emploie dans la tuberculose laryngée accompagnée de dysphagie

violente. La bande est placée au-dessous du larynx, dans le creux situé au-dessus de la poignée du sternum ; on la laisse d'abord six heures en place, puis davantage et enfin 22 heures par jour sans interruption. Les douleurs à la déglutition cessent promptement.

Cas de tuberculose de la face interne de l'aile du nez, par Hirschfeld.

Sur les rapports de la largeur du nez avec la position des dents, par Richter.

XIII. — *SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE DE VIENNE*

Séance du 4 décembre 1908.

Président : Chiari.
Secrétaire : Rutten.
Compte rendu par A. Heindl (de Vienne).
Traduction par M. Menier (de Figeac).

Présentation de malade, par Chiari. — Il s'agit d'une femme qui, il y a 3 jours, en mangeant, sentit qu'un os s'arrêtait dans son œsophage. Depuis, elle ne peut déglutir que des aliments liquides ; les douleurs augmentent toujours. A l'œsophagoscopie, on vit d'abord, à 17 ou 20 centimètres à partir de l'arcade dentaire, des fragments de viande, après l'extraction desquels, on constata la présence d'un os fiché d'avant en arrière. Ayant saisi celui-ci à plusieurs reprises, on ne put d'abord l'enlever, car, il survint une hémorragie. Après plusieurs tentatives, Kahler, assistant, put extraire l'os avec le tube. Il avait 25 centimètres de long., 6 millimètres de large et ses deux extrémités étaient très aiguës. L'orateur pensait déjà à l'œsophagotomie et demande à ses collègues ce qu'ils croiraient devoir faire en présence de cas aussi graves.

Hajek. Dans ces cas une injection sous-cutanée de morphine serait utile parce qu'elle amène un relâchement des états de contracture de l'œsophage et qu'on réussit à enlever plus facilement, le corps étranger, ainsi que le prouve un cas dont j'ai parlé, il y a plusieurs années. L'œsophagotomie sera toujours la dernière ressource et cela seulement dans les cas où le corps étranger reste fixé à la partie cervicale de l'œsophage.

Prof. Grossmann. Il ne faut pas agir avec force dans les corps étrangers de l'œsophage ou des voies aériennes. Si l'extraction ne réussit pas à la première séance, elle peut réussir à une séance ultérieure ou se faire spontanément.

Kofflen. L'administration d'une injection de morphine avant l'œsophagoscopie fut faite avec succès déjà à la clinique de feu le Prof. Mickulicz.

Hajek. Je répondrais à Grossmann que jamais, en principe, il ne faut compter sur l'expulsion spontanée d'un corps étranger.

Heindl. Je connais un cas qui fut amené à l'hôpital ; il s'agissait de

la moitié d'un dentier en caoutchouc vulcanisé, pourvu de dents et de crochets et qui était fiché dans l'œsophage. Lors de l'œsophagoscopie, le corps étranger fut saisi plusieurs fois, mais il était si solidement placé, qu'on ne put l'extraire. Le professeur Föderl, chirurgien en chef, se décida à faire l'œsophagotomie. L'œsophage ayant été ouvert dans la narcose, on vit que le dentier avait glissé dans l'estomac. C'est pourquoi je conseillerai,dans les cas de corps étrangers aigus de l'œsophage, d'abord, comme le disait Hajek, l'injection de morphine ; mais si celle-ci demeure sans résultat, avant d'en arriver à l'œsophagotomie, il faudrait essayer, *dans la narcose*, d'extraire le corps étranger en se guidant par la vue, car, dans l'anesthésie générale, la contracture de la musculature de l'œsophage cède à coup sûr et lâche le corps étranger. Il en fut ainsi dans le cas que j'ai cité, où le corps étranger s'échappa dans l'estomac.

Scheff rapporte un cas où le corps étranger se dégagea et glissa dans l'estomac après introduction d'un crochet de Grœfe ; c'était à la période pré-œsophagoscopique. Ce cas n'offre plus aucun intérêt.

Menzel. Je rappellerai le cas rapporté par Killian, d'un fragment de verre tombé dans l'œsophage et que Killian fit, avec raison, œsophagotomiser, tout de suite.

Ruttin parle de la différence dans la façon de procéder pour les corps étrangers ronds ou pour les corps pointus.

Kahler. J'ai vu souvent que les corps étrangers de l'œsophage se détachent spontanément après introduction de l'œsophagoscope et glissent si rapidement dans l'estomac qu'on ne peut plus les rattraper.

Chiari. Ce n'est qu'après extraction du corps étranger qu'on put se rendre compte de sa nature exacte.

L'orateur montre encore un volumineux dentier, qu'il enleva de l'œsophage après un mois de séjour dans ce canal. D'une façon générale, il parle contre une attente prolongée.

Présentation de malade, par le privat-docent Fein. — Chez le sujet, l'extraction d'une dent, ouvrit dans le maxillaire supérieur une cavité qui suppura assez longtemps. Elle n'avait aucune communication avec le nez ; il faut donc la considérer comme un deuxième sinus maxillaire ou plus vraisemblablement comme un kyste dentaire qui remplit presque complètement le sinus. Le malade porte une pièce prothétique.

A la discussion prennent part, Menzel, Hajek, Kahler qui partagent la dernière opinion, car, les sinus maxillaires bilobés sont une grande rareté.

Heindl. J'ai souvent opéré des kystes de ce genre et la meilleure façon de les traiter, c'est de les soigner à ciel ouvert, par tamponnement. Il deviennent ainsi de plus en plus petits.

Un cas de sigmatisme nasal, par Stern. — Cette affection a sou-

vent pour cause des fissures palatines, des végétations adénoïdes, etc., mais très souvent aussi elle est de nature purement fonctionnelle.

Ici, le pouvoir de résistance du voile du palais est diminué, comme on peut s'en convaincre par l'expérience à l'aide d'olives perforées qui sont reliées à un manomètre et à un ballon de caoutchouc. Le pronostic, quant à la guérison, est toujours favorable.

Le traitement consiste à montrer au malade comment, les ouvertures nasales étant obturées, ou maintenues fermées, il doit diriger le courant aérien sur le milieu des incisives. Cette communication sera publiée *in extenso* dans l'*Archiv für Laryngologie*.

Ruttin expose un cas dans lequel, chez un garçon, probablement à la suite d'un traumatisme, il se produisit un processus syphilitique tertiaire avec élimination d'une partie de la cloison osseuse nasale.

Présentation de malade, par Glas. — Malade avec abcès profond aigu du larynx se déroulant à la face postérieure des aryténoïdes.

Présentation de malade, par Chiari. — La malade présentait une sténose double très considérable de l'entrée du nez. Chiari exécuta avec un succès parfait l'opération de Kurt Kolliczeck (de Breslau). (V. *Archives de B. Fränkel*, 1907.)

Présentation d'un cas, par Kaflen. — C'est une angine à fausses membranes, dans laquelle on ne trouva ni bacille de Löffler, ni bacille fusiforme, ni spirochètes.

Présentation de pièce, par Kahler. — Préparation et coupes histologiques d'un carcino-sarcome du récessus piriforme.

Heindl parle d'un cas de ce genre chez un malade de 70 ans, qui porta pendant des années des tumeurs sous-glottiques sténosantes, qui furent excisées par voie endo-laryngée et endo-trachéale.

Les premiers fragments révélèrent au point de vue histologique, du sarcome ; ceux enlevés ultérieurement et plus profondément, du carcinome. La chose semblait énigmatique. Il doit donc s'être agi d'une tumeur mixte analogue. Les examens histologiques furent faits par le prof. Albrecht et le prof. Paltauf.

Glas. Un cas de ce genre fut opéré à la clinique de Chiari d'abord pour une tumeur de l'épiglotte ; c'était du *sarcome fusiforme à grandes cellules*. Un an et demi après, il fut opéré à la clinique de Giselsberg pour une végétation dans la même région. L'examen histologique révéla du *carcinome à épithélium pavimenteux*. Ce cas fut publié *in extenso* par Haberer.

XIV. — *ACADÉMIE MÉDICO-CHIRURGICALE ESPAGNOLE*

SECTION D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Séance du 11 janvier 1909.

Compte rendu par E. Botella (de Madrid).
Traduction par A.-R. Salamo (de Paris).

Un cas de fistule broncho-cutanée, par Goyanez. — L'auteur présente un cas excessivement intéressant d'un homme de 25 ans, à qui, pour un empyème intense au niveau de sa bronche droite, on fit une taille bronchique latérale, à la hauteur des cinquième et sixième côtes. La plaie opératoire se cicatrisa dans d'excellentes conditions, mais il lui resta une fistule broncho-cutanée, par laquelle le malade pouvait parfaitement respirer, lorsqu'on lui touchait les narines et la bouche. A ce sujet, l'auteur se demande si, lorsqu'un obstacle existe dans les voies respiratoires supérieures, obstacle auquel il est impossible d'obvier par une trachéotomie même basse, il ne serait pas plus simple de faire une simple bronchotomie comme celle de ce malade, plutôt que de recourir à une transmédiastinale qui est toujours une opération excessivement grave.

XV. — *RÉUNION DE LA SOCIÉTÉ LARYNGOLOGIQUE ET OTOLOGIQUE ET DE LA SOCIÉTÉ OPHTALMOLOGIQUE DE CHICAGO*

8 novembre 1908.

Présidents : A.-H. Andrews, Chic., laryngol. et otological Society. — Thomas Woodruff, Chic., opht. Society.

Compte rendu par H. Massier (de Nice).

Discussion sur les affections des sinus accessoires du nez qui peuvent intéresser les yeux.

Norval H. Pierce fait une courte revue de l'anatomie des sinus accessoires du nez et de l'orbite, et appelle l'attention sur les rapports anatomiques de ces deux régions : il en résulte la possibilité d'infections par contiguïté.

Casey A. Wood étudie brièvement les affections sinusales qui sont causes de troubles oculaires tels que : larmoiement, douleurs dans les yeux et photophobie.

Frank Brawley insiste sur la nécessité de faire un examen soigneux du nez dans les cas de maladies intraoculaires. Il attire l'attention sur les relations intimes qui existent entre les organes intraorbitaires et les sinus accessoires du nez au moyen des nerfs, vaisseaux et lymphatiques, d'où facilité d'infection microbienne. Le tractus uvealis est souvent infecté par un empyème des sinus nasaux accessoires ; et la guérison de ces derniers amène l'amélioration des phénomènes oculaires. Les troubles oculaires sont nombreux qui sont sous la dépendance des sinus et parmi eux l'iridocyclite, le scotome, les troubles fonctionnels de l'œil, la kératite, les vésicules pseudo-herpétiques de la cornée et la névrite optique.

Brawley rapporte trois observations : Un ulcère de la cornée guéri par la résection du cornet moyen et le curetage des cellules et de la bulle ethmoïdale. Un cas de photophobie et névralgie temporo-frontale céda à la résection des deux cornets moyens et à l'irrigation des sinus frontaux. Le troisième cas se rapporte à un malade qui avait un voile devant les yeux avec céphalalgie frontale et douleurs oculaires. A l'œil gauche il y avait de la papillite avec de l'œdème de la rétine dans la région maculaire. Guérison par résection du cornet moyen gauche et curetage ethmoïdal.

Gradle dans un travail intitulé : Troubles intraoculaires dus à des affections sinusales montre la fréquence de ces états pathologiques. Les conduits lacrymaux trouvent dans un état du nez l'explication de leurs lésions dans 95 % des cas. Birsch et Hisschfeld trouvent que 60 % des cas d'inflammations orbitaires sont des suites de lésions sinusales. Les affections des cellules ethmoïdales ou des sinus sphénoïdaux causent de l'inflammation du nerf optique, ou rétrobulbaire ou intrapapillaire.

Gradle a vu quatre cas de maladies de la choroïde avec atteinte plus ou moins prononcée de la rétine, associés avec une suppuration sinusale du même côté. Le drainage post-opératoire du sinus améliora la situation.

William H. Wilder croit que les relations entre les affections des sinus accessoires du nez et les maladies des yeux sont plutôt faibles. Possibles sont les infections dans le cas de névrite optique, kératites, mais dans beaucoup de cas il y a de simples coïncidences, et que là où l'on croit voir une infection sinusale typique il n'y a bien souvent qu'une action des toxines sur les tissus si délicats des yeux. Il attire l'attention sur l'influence de l'acromégalie dans la compression de l'œil : le développement exagéré de la selle turcique comprime le chiasma optique, produisant une atrophie optique.

C. M. Robertson a vu un traumatisme provoquant une inflammation des cellules ethmoïdales et une complication intraorbitaire.

George F. Suker dit que la conformation de la tête peut avoir une influence dans les relations entre les nerfs optiques et les sinus. Il est probable qu'une tête large et longue sera moins exposée aux troubles oculaires qu'une tête étroite et courte.

Nombre de lésions intraoculaires peuvent coïncider avec des affections des sinus accessoires, mais pas toutes. Toute lésion sphénoïdale ou ethmoïdale ne peut pas forcément produire des complications oculaires, mais en raison des relations anatomiques existant entre l'orbite et le sinus on peut raisonnablement s'attendre à trouver des troubles oculaires dépendant d'une affection suppurée du sinus. Le passage du nerf optique au travers des espaces infectés peut favoriser une absorption toxique. Il cite le cas d'un malade qu'il vit avec Ballenger et qui fit après de la rhinite des troubles qui allèrent presque jusqu'à la cécité. Le fond de l'œil droit montrait une hémorragie, à gauche il y avait atrophie du nerf et quelques hémorragies rétiniennes. Dans le nez, Ballenger trouva un empyème des

cellules sphénoïdales et ethmoïdales. L'amélioration suivit l'opération faite sur les sinus surtout à droite où il n'y avait pas d'atrophie. Chez un autre malade l'irrigation du sinus sphénoïdal et des cellules ethmoïdales fit disparaître des céphalées accompagnées d'œdème conjonctival droit et conjonctivite.

George F. Shambaugh dit qu'il ne faut pas exagérer la tendance que l'on peut avoir de rendre les sinus responsables des affections intraorbitaires. Tous les sinus sont plus ou moins en relation avec l'orbite; seuls les sinus sphénoïdaux et les cellules ethmoïdales postérieures sont en relation avec le nerf optique. Il ne faut pas parce que l'on trouvera par hasard des affections intraoculaires associées avec des affections des sinus accessoires du nez, accepter cette situation comme une preuve de la dépendance d'un organe sur l'autre. Il y a quelques années, on ne pouvait voir une affection de l'oreille moyenne sans rendre responsable le nasopharynx et en particulier les adénoïdes parce qu'on avait établi des relations très étroites entre les troubles de l'un et de l'autre. L'exagération a pris corps et pour guérir une affection d'oreille il n'y avait pas de petites anomalies anatomiques ou pathologiques du nez ou du nasopharynx qui n'aient été enlevées dans l'espoir de guérir des troubles auriculaires. Ne tombons donc pas dans cette idée fausse que puisque certains troubles oculaires sont en rapport avec les sinus il faut toujours opérer ces sinus. Ce qui est une exception ne doit pas devenir la règle.

Les affections des cellules ethmoïdales postérieures et des sinus sphénoïdaux peuvent produire, il est indéniable, des affections du nerf optique et cette action, rare cependant, peut se rapprocher de celle qui existe entre le nerf facial et la cavité tympanique. Constante est la relation entre le facial et la caisse, inconstante est celle qui peut exister entre le nerf optique et les cellules ethmoïdales et les sinus sphénoïdaux. Voyons-nous souvent au cours des suppurations auriculaires le nerf facial pris. De même nous devons envisager la lésion du nerf optique comme rare dans les cas d'inflammatoires des sinus ethmoïdaux et sphénoïdaux.

Thomas Faith n'a jamais vu de névrite rétrobulbaire due à une affection sinusale. Dans les affections des yeux, les bénéfices retirés de l'opération sur les cellules ethmoïdales, sont dus à la déplétion au moment de l'opération.

A.-H. Andrews pense que l'ophtalmologie penche actuellement vers le nez. Les sinus nasaux sont d'après son expérience en relation avec les affections des yeux. Il a vu deux cas de conjonctivite après une exploration de la cavité sphénoïdale. Le larmoiement, la photophobie et la douleur dans l'œil sont souvent le résultat direct de manipulations intranasales. Il n'y a pas de raison qu'une pression continue dans le nerf optique ou des suppurations des sinus ne puissent produire des symptômes oculaires ou même des modifications intraoculaires sérieuses. Andrews pense que l'on établira des relations de plus en plus étroites entre les affections oculaires et les affections nasales et sinusales.

E.-F. Snydacker dit que l'oculiste doit dans une certaine mesure être rhinologiste. 6 à 7 % de céphalées oculaires sont dues à des troubles des sinus. Chaque cas de céphalée oculaire nécessite la transillumination du frontal. Une céphalée unilatérale doit toujours être suspecte. Souvent les céphalées oculaires les plus rebelles ont cédé à l'extraction de polypes du nez. Examiner soigneusement le nez pour voir s'il y a du pus.

Joseph C. Beck partage l'avis des deux précédents orateurs sur la fréquence des affections oculaires en relation avec les troubles sinusaux. Il est très impressionné des résultats encourageants obtenus dans nombre d'affections oculaires par le simple drainage d'un sinus. Mais il faut visiter et traiter tous les sinus atteints, car il est rare de voir l'affection limitée à une seule cavité.

E. Fletcher Ingals vit une malade qui, depuis quelques années, avait un trouble d'un œil qui ne lui permettait pas de lire. Il cautérisa une volumineuse hypertrophie des cornets qui amena la guérison du trouble oculaire.

J.-E. Colburn rappelle le cas d'un malade qui lui fut envoyé, il y a quelques années par Fletcher Ingals et qui se plaignait d'une baisse de la vision immédiatement après une cautérisation nasale. Il y avait de l'hyperhémie de la rétine. Guérison après disparition de l'hyperhémie. Il est un autre cas d'un malade dont la vue baissait à la suite d'atrophie progressive du nerf optique. Un rhinologiste découvrit une sinusite frontale qui fut améliorée ; mais la vue continua à baisser.

Norval H. Pierce conclut en admettant une relation bien définie entre les affections inflammatoires des sinus et les maladies de l'orbite. La névrite optique peut être consécutive aux affections des cellules ethmoïdales postérieures et des sinus sphénoïdaux. Mais il ne faut pas cependant se laisser entraîner par la tendance à généraliser ces relations morbides. Il ne faut pas, pense-t-il, conclure à une affection sinusale sans symptômes extérieurs. Les maux de tête causés par des troubles sinusaux produisent de la douleur dans l'œil si l'ethmoïde postérieur et le sinus sphénoïdal sont atteints, et naturellement, il y a aussi des céphalalgies causées par une affection des sinus frontaux et maxillaires.

Henry Gradle n'a jamais vu un seul cas d'inflammation du nerf optique consécutive à une maladie du sinus, et croit plutôt à la rareté des affections du sinus comme cause des maladies extra ou intraoculaires. Cependant l'oculiste ne devra pas oublier la possibilité de ces faits et pratiquer l'examen du nez dans chaque cas.

XVI. — *SOCIÉTÉ D'OTO-LARYNGOLOGIE DE STOCKHOLM*

Séance du 28 janvier 1909.

Président : E. Stangenberg.

Compte rendu par Léon Delmas (de Paris).

Présentation de pièces, par Arnoldson. — L'auteur présente des préparations microscopiques de différents larynx. Ce sont :

1° un angiome caverneux du larynx chez une femme de 35 ans ;
2° un fibrome laryngé chez un homme de 34 ans ;
3° un hématome de la corde vocale chez un homme de 28 ans (orateur) ; cet hématome avait l'aspect clinique d'un nodule des chanteurs ;
4° une infiltration tuberculeuse du larynx.

Un cas de corps étranger de la bronche droite ; extraction ; guérison, par von Rosen et G. Holmgren. — Ces auteurs relatent le cas d'une petite fille de deux ans et demi qui avala, à 6 heures du matin, un grain de café et qui fut prise immédiatement de crises de toux pénibles et de dyspnée. A midi, la fillette ne présentait pas de dyspnée, ni de cyanose et sa respiration était calme. A l'auscultation, les poumons étaient normaux sauf à droite où il y avait de la diminution du murmure vésiculaire. A six heures du soir, extraction du corps étranger de la bronche droite. Quelques jours après, il y eut des phénomènes de sténose et la bronchopneumonie à droite. Guérison.

Holmgren ajoute que le corps étranger fut découvert à l'aide de la bronchoscopie après anesthésie générale et cocaïnisation du larynx et de la trachée ; son extraction se fit sans hémorragie. Il y avait un gonflement très net de la muqueuse et l'air ne pouvait passer dans la bronche que sur le côté plat du grain de café.

Corps étranger de l'œsophage ; ablation ; guérison, par Holmgren. — L'auteur présente le cas d'une femme de 30 ans qui ne pouvait plus avaler, depuis vingt-quatre heures, que des aliments liquides parce qu'un os était resté « fiché dans sa gorge » ; elle se plaignait, en outre, de douleurs « profondément situées dans son cou », au niveau de l'orifice supérieur du thorax. L'œsophagoscopie permit de découvrir à 24 centimètres de l'arcade dentaire supérieure, un os qui était situé dans un plan sagittal et qui présentait des pointes ayant pénétré dans les parois postérieure et antérieure de l'œsophage. Ablation du corps étranger avec une pince. Guérison. L'os avait une longueur de trois centimètres et ne pouvait être vu que lorsqu'on retirait l'œsophagoscope introduit profondément.

Un cas de tuberculose du larynx, par Holmgren. — L'auteur présente un cas de tuberculose laryngée chez une jeune femme atteinte de tuberculose pulmonaire (1re et 2e périodes) avec un bon état général. La plus grande partie du ligament thyro-aryténoïdien supérieur était infiltrée et ulcérée : aphonie. En deux séances, le curetage fit disparaître l'infiltration. Guérison ; la voix est presque claire.

XVII. — *VINGT ET UNIÈME CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE*

PARTIE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE.

Paris, 5-10 octobre 1908.

Compte rendu par A.-R. Salamo (de Paris).

Derniers faits de trachéo-bronchoscopie et d'œsophagoscopie pour extraction de corps étrangers bronchiques et œsophagiens.

Diagnostic et thérapeutique endoscopiques, par Guisez (de Paris). — Il relate les derniers cas de *corps étrangers* qu'il a extraits des bronches et de l'œsophage par les voies naturelles grâce à la broncho-œsophagoscopie. Dans l'un d'eux, il s'agissait d'un dentier ; dans deux autres, d'os enclavé dans l'*œsophage*. Dans deux cas, le corps étranger était inclus dans *la bronche droite* (petit pois, drain en caoutchouc). L'extraction a suivi immédiatement le diagnostic et les malades ont guéri sans complication.

A propos de la relation de ces faits, Guisez attire l'attention sur les *faux corps étrangers bronchiques*. Sur 30 malades qu'on lui a envoyés pour des corps étrangers bronchiques, 17 seulement en avaient effectivement. Dans tous les autres cas, bien que le diagnostic fût basé sur les commémoratifs, les signes fonctionnels et physiques, l'examen radioscopique, les bronches étaient tout à fait vides.

Dans 3 cas, il s'agissait de corps étrangers œsophagiens qui, par les signes de suffocation, de dyspnée dont ils s'accompagnaient pouvaient faire penser à un corps étranger des voies aériennes. Dans l'un d'eux, on avait même pratiqué la trachéotomie.

La bronchoscopie permit de poser un diagnostic de certitude et empêcha des interventions inutiles, dirigeant la thérapeutique dans le bons sens.

Au point de vue du *diagnostic des lésions œsophagiennes*, Guisez insiste sur le nombre relativement élevé en matière d'affection de l'œsophage des *pseudo-cancers*. Sur 35 cas examinés et présentant cliniquement tous les signes d'un cancer, 8 fois il s'agissait de compression externe et 6 fois de spasme pur, une fois de rétrécissement cicatriciel.

Guisez montre toute une série de planches démonstratives, d'aspect endoscopique de l'œsophage rendant toute erreur impossible.

Au point de vue de la *cure des rétrécissements cicatriciels*, il a guéri cette année 4 nouveaux cas de rétrécissements cicatriciels infranchissables dont un était gastrostomisé depuis quatre ans. Ces malades peuvent actuellement s'alimenter comme tout le monde, l'œsophage ayant été ramené à un calibre suffisant que l'on maintient par des dilatations de plus en plus espacées.

Traitement post-opératoire des évidements mastoïdiens, par Raugé (de Challes). — Après l'évidement mastoïdien (qu'il s'agisse d'antrotomie simple ou d'antro-atticotomie) une vaste cavité demeure mi-pathologique et mi-opératoire, qui ne se cicatrise qu'avec une extrême lenteur. Lorsqu'une « opération radicale » a fusionné en un cloaque unique, la caisse, l'aditus et l'antre, voir même les petites cellules périphériques, il faut compter sur un minimum de trois mois pour cutaniser cette large surface osseuse et pour combler cette brèche.

Or, si prévenu que l'on soit de la durée de cette réparation il arrive trop fréquemment que malades ou opérateurs manquent, en pareil cas, de patience. Fatigué par d'interminables pansements,

tourmenté par un opéré impatient de guérir, on se laisse trop aisément aller à reprendre le ciseau ou la curette, et l'on se met à la recherche d'une lésion osseuse problématique oubliée dans la première intervention ou survenue depuis elle. On perd ainsi toute l'avance acquise et tout le travail de réparation est à recommencer, puisqu'à la paroi primitive, en partie épidermisée, on substitue une surface traumatique neuve, dont la cicatrisation doit être reprise *ab oro*.

Il faut, en pareil occurrence, se défendre et défendre son malade contre toute reprise opératoire qui n'est pas dûment justifiée par la constatation certaine d'une altération osseuse profonde. En ce cas, plus qu'en aucun autre, la sagesse chirurgicale consiste avant tout à savoir attendre.

Troubles oculo-moteurs d'origine otique, par Raugé, de Challes. — Parmi les troubles oculo-moteurs survenant au cours des otites, on a signalé ces derniers temps une forme de paralysie qui se présente, dans toutes les observations publiées avec une très grande uniformité d'aspect.

Chez un malade ayant de l'otorrhée, chronique et plus souvent aiguë, on voit brusquement apparaître du strabisme interne, de la diplopie homonyme, en un mot les signes classiques de la paralysie du droit externe.

Malgré le caractère inquiétant qu'il est traditionnellement d'usage d'attribuer à ces symptômes, on les voit le plus souvent, dans ce cas, s'atténuer et disparaître sans nécessiter aucun traitement chirurgical, sans même attendre la guérison de l'otite qui les a produits.

C'est cet ensemble symptomatique qu'on a récemment systématisé sous le nom de « syndrome de Gradenigo ».

Les deux traits caractéristiques de cette forme de paralysie, c'est d'abord sa prédilection singulière pour le moteur oculaire externe, et, d'autre part, sa tendance à la guérison spontanée, sans être accompagnée ou suivie des accidents méningés ou cérébraux dont elle paraissait l'avant-coureur.

Cette constance de localisation et cette bénignité imprévue ne sont pas encore expliquées malgré le nombre des théories proposées. Il paraît donc avantageux de réunir tous les faits d'observation capables d'apporter quelque clarté dans ce double problème pathogénique. C'est dans ce but que R. rapporte et analyse quelques nouveaux exemples, qu'il a pu récemment observer, de « paralysie bénigne du droit externe » provoquée par une suppuration de l'oreille.

XVIII. — *DEUXIÈME CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE CHIRURGIE*

Bruxelles, 21-25 septembre 1908.

COMMUNICATIONS RELATIVES A L'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE.

Compte rendu par A.-R. Salamo (de Paris).

Traitement du cancer des lèvres (Rapporteur : von Bousdorff (de Helsingfors). — 5 à 6 % des cas sont localisés à la lèvre supérieure,

Pour être radicale, l'opération devra comprendre, outre l'ablation de la tumeur, l'extirpation des ganglions sous-maxillaires et sous-mentaux et de la chaîne ganglionnaire située le long des gros vaisseaux ; elle doit même, au besoin, s'étendre à la fosse sus-claviculaire. La mortalité opératoire est minime et l'absence de récidive au delà de trois ans atteint la proportion de 80 °/₀.

Dollinger (Budapest) recherche surtout les ganglions situés vers la mastoïde ; c'est là que la récidive se produit le plus souvent.

Morestin dit que l'incision en V est une erreur ; pour la lèvre inférieure, il emploie l'ablation « trapézoïdale ».

Cancer de la bouche et de la langue, par Collins Warren (de Boston). — Les cancers de la bouche et de la langue sont des affections locales à métastases internes très rares. Le traitement comporte :

1° Traitement préliminaire de la cavité buccale ;

2° Protection des voies respiratoires par les antiseptiques ou par intubation du pharynx, la laryngotomie ou la position déclive ;

3° Ablation de la tumeur avec une bordure de tissu sain, si possible ;

4° Dissection en masse, dans tous les cas, de la chaîne ganglionnaire lymphatique du triangle cervical antérieur, de l'un ou de l'autre côté.

Butlin (de Londres), depuis 1895, fait l'ablation complète du contenu du triangle antérieur du cou ; il fait l'intervention intrabuccale et ne résèque pas le maxillaire inférieur ; depuis 1900, il fait systématiquement la trachéotomie préventive.

Riberra y Sans (de Madrid) ne pratique presque jamais de ligatures préventives, ni la trachéotomie.

Morestin (de Paris). A. *Cancer de la langue.* — Il insiste sur la nécessité de faire, d'une façon très minutieuse, l'évidement ganglionnaire des régions carotidienne et sous-maxillaire ; il pratique l'ablation de la moitié de la langue par voie sus-hyoïdienne latérale, sans ligature préventive, ni trachéotomie préalable. Pour le cancer de la base de la langue, il fait systématiquement la résection de la branche montante du maxillaire.

B. *Cancer du plancher de la bouche.* — Ils demeurent longtemps superficiels et s'étendent à la face inférieure de la langue, à la gencive et aux alvéoles avant de s'enfoncer vers le plancher buccal ; mais, dès le début, ils menacent un territoire lymphatique considérable, d'où nécessité d'extirper les ganglions du cou et des régions sus-hyoïdiennes avant d'enlever la tumeur. Le plus souvent, on devra sacrifier une partie de la mâchoire inférieure, mais se montrer économe dans l'ablation de cet os et garder une portion du bord inférieur après suppression du bord alvéolaire qui sera enlevé d'un bloc avec la tumeur, les glandes sublinguales, une partie de la langue.

C. *Cancer de la joue.* — Leur malignité est très grande et nécessite même, dès le début, des interventions très étendues, avec résection d'un segment de la mâchoire et, souvent, ablation d'une partie des téguments, d'où autoplastie difficile et compliquée.

D. *Cancer des mâchoires.* — Ceux de la mâchoire supérieure sont les plus fréquents; la plupart sont propagés des parties molles voisines; beaucoup partent du sinus maxillaire : dans ce cas, la résection large de tout le massif maxillaire s'impose. Ne pas perdre de vue la nécessité de l'extirpation totale des voies lacrymales. On peut être plus parcimonieux quand le point de départ n'est pas dans le sinus. Les brèches faciales seront comblées à l'aide de lambeaux pris sur le front et sur la tempe.

Czerny (de Heidelberg). E. *Cancer de l'œsophage.* — On n'a, jusqu'ici, obtenu que des guérisons opératoires temporaires dans la partie cervicale; théoriquement, on a prouvé la possibilité de la résection de la portion thoracique, et le danger du pneumothorax est diminué par l'hyperpression; mais aucun résultat n'a encore été obtenu. Il vaut mieux recourir à la gastrostomie. En somme, dans la majorité des cas, le traitement du cancer de l'œsophage doit être purement palliatif.

Kümmel (de Hambourg) est très partisan de l'opération de Roux (création d'un nouvel œsophage au moyen d'une anse d'intestin grêle).

Glück (de Berlin). F. *Cancer du larynx.* — Il présente quatre malades opérés du cancer du larynx : le premier, opéré depuis trois ans et demi, n'a subi qu'une hémilaryngectomie avec laryngoplastie consécutive; il parle à haute voix. Le deuxième, opéré depuis un an, a subi une laryngectomie totale; il ne porte pas de canule, la bouche trachéale n'ayant pas été le siège de rétraction; il avale très bien. Le troisième a subi une large laryngectomie partielle et porte un appareil à anche qui lui permet de parler à haute voix. Le quatrième malade, opéré depuis six ans, très amaigri au moment de l'opération, a subi l'extirpation du larynx, du pharynx et d'une partie de l'œsophage, d'un segment de la veine jugulaire et d'un gros paquet ganglionnaire. Il a engraissé de 50 kilogr.

Traitement du cancer des fosses nasales, du pharynx et du larynx, par Glück (de Berlin). — L'auteur fait de la résection prophylactique de la trachée la base théorique et expérimentale des résultats qu'il a obtenus en chirurgie du pharynx et du larynx. Il indique comment l'implantation du moignon trachéal dans la peau du cou évite sûrement la pneumonie par déglutition; il décrit la plastique dans l'hémilaryngectomie. Dans toutes les autres opérations qui n'altèrent pas l'entrée du larynx, la position de Rose ou le tamponnement suffisent pour éviter les accidents consécutifs. Il procède toujours à la laryngectomie en une seule séance, en commençant par le pôle supérieur; après avoir isolé le larynx, on enlève tout en bloc

avec musculature et ganglions et on ne pratique la section trachéale qu'à la fin; on termine par l'implantation circulaire du moignon trachéal dans la peau. Le résultat de ces opérations s'est notablement amélioré. Glück décrit encore le « laryngoschisma artificiale », les laryngo-, pharyngo- et œsophagoplasties totales ou partielles, la résection et la suture circulaire de la trachée, la laryngofissure exploratrice, etc. La mortalité, pour laryngectomie totale, ne dépasse pas 9 %. Quand la plastique ne peut suffire, il a recours à sa prothèse spéciale (gummitrichterprothese).

Butlin (de Londres), après avoir exposé les résultats progressivement meilleurs de sa pratique personnelle, insiste sur l'importance toute spéciale du diagnostic précoce dans le cancer du larynx. Il estime, contrairement à Glück, que la laryngectomie est une opération des plus graves.

Durand (de Lyon) aborde les tumeurs malignes du naso-pharynx en faisant la résection temporaire du massif formé par le maxillaire supérieur et le malaire; puis il fait une véritable pharyngectomie, détachant le naso-pharynx de ses attaches aux apophyses ptérygoïdes, basilaires et à l'aponévrose prévertébrale.

Morestin (de Paris) atteint souvent les cancers du bucco-pharynx par la voie sus- ou transhyoïdienne, qu'il voudrait voir préférer à la voie transmaxillaire avec résection définitive de la branche montante. La trachéotomie est rarement indiquée. L'extirpation des ganglions peut se faire en une séance préliminaire.

Traitement des cancers inopérables, par Morris (de Londres). — Dans le cancer de la langue, les sections nerveuses amènent souvent la cessation des douleurs; la ligature des linguales ou des carotides peut diminuer la salivation et arrêter les hémorragies; dans le cancer du larynx, la trachéotomie exécutée à temps peut amener une grande amélioration; dans le cancer de l'œsophage, la gastrostomie n'est pas aussi utile qu'on le croit et l'emploi des sondes a plus d'indications qu'on ne l'admet généralement.

II. — BIBLIOGRAPHIE

I. — **L'acoumétrie d'après de nouvelles méthodes**, par le professeur Gradenigo (Sienne, 1908, chez Bernardino).

L'importance d'une appréciation exacte de l'acuité auditive est telle au point de vue professionnel, judiciaire, militaire, comme en ce qui concerne l'assurance sur la vie, et d'autre part les difficultés techniques sont parfois si grandes, qu'il n'est pas étonnant de voir les travaux se multiplier sur le sujet et les observateurs s'engager parfois dans des voies toutes nouvelles afin d'approcher davantage du but si désiré. Actuellement la physique mathématique semblerait devoir prêter enfin à la pratique l'appui nécessaire. Bezold, puis Ostmann et enfin Gradenigo se sont livrés dans cette direction à des recherches du plus haut intérêt. Il est vrai que des otologistes de grand mérite tels que Politzer, Bonnier, etc., dénient aux récents moyens d'examen toute importance clinique, tout en ne méconnaissant pas leur intérêt théorique.

Il est certain que les formules trop compliquées deviennent par cela même embarrassantes à manier. Gradenigo nous paraît ne point être tombé dans cet écueil et d'autre part ses expériences entreprises en commun avec le prof. Stefanini, distingué physicien de Sienne, ont bien mis en lumière certaines particularités qui modifieront probablement la façon d'envisager les lois acoustiques sur lesquelles sont essentiellement basés les nouveaux procédés d'investigation.

L'auteur ne dénie du reste nullement aux anciennes méthodes leur importance incontestable pour tout esprit non prévenu ; c'est ainsi que la première partie de son ouvrage est consacrée tout entière à l'exploration de l'acuité auditive par la parole chuchotée et à haute voix. Théoriquement, les objections que l'on peut faire à cette sorte de recherches sont assez multipliées et paraissent *a priori* des plus graves. Si l'on considère le sujet examiné, il faut en effet tenir compte de son émotionnabilité, de son intelligence, de son degré d'attention, de sa tendance à compléter par une interprétation plus ou moins rationnelle des sensations auditives plus ou moins confuses et incomplètes. L'expérimentateur, d'autre part, n'a pas une accentuation toujours parfaite, son choix de vocables n'est pas toujours heureux. On doit enfin se préoccuper à juste titre du lieu où se fait l'examen acoumétrique, un local fermé n'ayant pas les mêmes qualités sonores qu'un endroit situé en plein air. La résonnance, la température de l'atmosphère modifient encore, comme on le sait,

l'allure du phénomène. Mais tout ceci n'est point aussi sérieux qu'on pourrait le supposer, par cela même qu'en pratique des approximations suffisent à porter un jugement déjà motivé. Avec de l'expérience, on arrive à annuler assez bien les causes principales de mécompte.

Gradenigo pense que la parole chuchotée (aphone) prononcée à l'aide de l'air de réserve (quantité de fluide qui reste dans les poumons après une expiration ordinaire) est la meilleure que l'on puisse employer. Il utilise aussi la parole aphone renforcée (avec vibration concomitante du bucco-pharynx). La voyelle lui paraît bien entendu l'élément sonore principal, les consonnes, sauf les sifflantes ne pouvant être émises qu'à l'aide desdites voyelles. On devra noter les parties de la gorge qui jouent le rôle principal dans l'émission du son, une même lettre pouvant être prononcée surtout avec les lèvres ou avec le voile. On évitera autant que possible le quotient personnel chez l'expérimentateur et chez l'expérimenté parce que là réside le plus grand écueil de cette méthode d'examen.

L'auteur a fait des recherches intéressantes sur la portée de la voix en local clos (dans l'espèce, un grenier long de 46 mètres et suffisamment silencieux). Avec la voix chuchotée renforcée (voir plus haut), la voyelle *a* est perceptible à 39 mètres, *e* à 42 mètres, *i* à 33 mètres, *o* à 27 mètres, *u* à 19 mètres. Avec la voix chuchotée de réserve (voir plus haut), *a* n'est plus perceptible qu'à 24 mètres, *e* à 38 mètres, *i* à 34 mètres, *o* à 25 mètres, *u* à 11 mètres. Au point de vue de la perception, on pourrait admettre une zone de silence absolu, une zone de murmure, une zone d'incertitude et une zone de certitude. La zone incertaine varie beaucoup suivant l'intelligence du sujet, suivant son aptitude plus ou moins grande à interpréter et à compléter les sensations sonores imparfaites, suivant aussi le vocable employé, ceux bien caractérisés, essentiellement usuels étant par cela même beaucoup plus reconnaissables. La promptitude d'accommodation de l'oreille, l'épuisement plus ou moins rapide de l'appareil auditif, la fatigue de l'attention jouent également un grand rôle, comme il fallait s'y attendre.

Pour ne pas se laisser égarer par une faculté remarquable d'interprétation des sons émis, on fera bien d'éviter de prononcer des phrases dont le mode d'accentuation révèle souvent d'avance la signification. C'est pourquoi un vocable unique est souvent préférable et il faudra en fixer soigneusement le mode de perception. Gradenigo est manifestement pour l'usage des mots numériques. Il a étudié de très près la distance où ceux-ci sont encore perçus. Mais ici comme pour d'autres vocables indiquant par exemple la qualité des choses, etc., ses recherches ne sont utilisables que pour l'auriste cisalpin ; même dans le français si apparenté à l'italien, les nombres n'ont point les mêmes voyelles dans les deux langues et leur mode d'accentuation diffère. Gradenigo a vu que sei (6) est perçu à 46 mètres, cinque (5) à 46 mètres, otto (8) à 40 mètres, quatro (4) à 37 mètres, tre (3) à 36 mètres, dieci (10) à 46 mètres, due (2) à 44 mètres,

nove (9) à 42 mètres, sette (7) à 46 mètres. Pour les mêmes raisons que pour les nombres, les recherches de Gradenigo, sur les vocables adoptés dans les échelles ototypiques de Nieddu, Ostino, Corradi, Ferreri, Tonietti, etc., ne sont valables véritablement que pour ses compatriotes. Quoi qu'il en soit, on pourrait répartir les mots employés en sons bas, sons moyens, sons aigus. La perception des premiers irait de 4 à 10 mètres, celle des seconds de 20 à 22 mètres, celle des derniers de 38 à 46 mètres. Toutes les qualités acoustiques des vocables proposés sont indiquées avec beaucoup de détails, et des graphiques permettent de disposer en tableau approprié lesdits vocables suivant l'échelle ototypique (sons graves, sons moyens, sons aigus).

Examen avec le diapason. — Gradenigo indique la méthode d'excitation des diapasons par les poids imaginée par Stefanini et qu'il a vulgarisée. Le poids qui ne dépasse pas un kilo donne, par cela même, lieu à des vibrations dont la décroissance d'amplitude peut être regardée comme constante. Le poids est suspendu par un fil à l'extrémité libre d'un diapason et c'est en brûlant ou en coupant ce fil qu'on met en branle l'instrument. On se servira de 3 diapasons : celui de la grande octave (do), celui des voyelles (do^2), celui des consonnes aiguës (do^4). Le diapason sera de petite dimension, facile à manier et excité avec force ; la période vibratoire sera de 40 à 60 secondes (diapasons de la série Weissbach). Chacun de ces instruments sera étalonné avec soin une fois pour toutes avec 3 poids qui seront : 20 gr., 160 gr. et 640 gr. Les expériences seront faites autant que possible dans le même local. On maintient le diapason chargé avec le poids à 40 centimètres de distance d'une petite table à l'aide des doigts, mais d'une façon peu serrée. On fait partir le chronographe au moment où on allume le fil. Dès que l'instrument libéré vibre, on le place au-devant de l'oreille à examiner. Gradenigo, pour plus de rigueur, conseille de ne pas faire entrer en compte les 2 ou 3 dernières déterminations. Après avoir fixé exactement la durée de vibration avec un diapason donné et un poids donné, on construit la droite dite logarithmique qui permettra, par son degré d'inclinaison, d'établir les durées du son qui correspondent aux poids intermédiaires ou supérieurs non expérimentés. Pour cela, le long de la ligne d'abcisse horizontale, on marque les nombres de la progression géométrique donnée, en inscrivant non la valeur des poids, mais leur logarithme. Cela fait, sur une ligne faisant un angle droit avec la ligne des abcisses, on inscrit sur les ordonnées correspondantes aux trois poids employés le nombre respectif de secondes trouvées expérimentalement pour la durée du son. On recherche, étant donné un son, avec un poids type (640), quelle est la durée de perception de l'oreille malade grâce à un tableau graphique; si cette durée est de 40 secondes au lieu de 60, l'acuité est les 62 millièmes de l'acuité normale.

Ostmann aurait eu tort, suivant Gradenigo, en se basant sur la supposition fautive que l'affaiblissement du son est exactement proportionel

au temps, de continuer par interpolation sa courbe de façon à faire rejoindre la partie du tracé graphique indiquant l'acuité pathologique du sujet en expérience avec celle marquant l'acuité normale. Enfin ses indications numériques comprenant un trop grand nombre de décimales seraient propres à dérouter le praticien peu familier avec les mathématiques, ainsi qu'il a été dit plus haut. Cependant Gradenigo reconnaît que les données de l'expérimentateur allemand, tout en étant jusqu'à un certain point imparfaites, n'en ont pas moins une véritable utilité pratique.

On pourrait du reste bien souvent, au lieu d'employer les méthodes de Bezold, d'Ostmann, de Gradenigo et Stefanini, se contenter d'un procédé plus simple et encore suffisamment approximatif. On sait qu'Hartmann pour étudier l'acuité auditive chez un sujet donné se servait de diapasons (do, do^1, do^2, do^3, do^4). Pour ses recherches sur la surdité labyrinthique, Gradenigo s'est parfois contenté d'un diapason grave (do) et d'un diapason suraigu (do^3).

Quoi qu'il en soit, l'auteur fournit des données numériques, et des tableaux graphiques très intéressants des phénomènes sonores de divers diapasons qu'il a étudiés avec son propre procédé ou avec la méthode graphique. Il en résulte que les lois émises par Ostmann, acceptables en partie pour les diapasons à sons graves, deviennent beaucoup plus inexactes pour les diapasons à sons aigus. Pour étudier la valeur exacte de l'amplitude sonore normale des diapasons à sons graves, Gradenigo s'est servi, comme on le sait, d'un procédé assez simple et que nous ne rapporterons pas ici, car il a été exposé tout au long dans le neuvième volume des *Archives italiennes d'otologie*.

Il est basé sur le fait suivant : on place sur une des branches d'un diapason à son grave et à amplitude facile à mesurer un objet à contour bien net et aisé à suivre pendant les déplacements que lui impose la branche du diapason en train de vibrer. Si le déplacement en question dépasse la largeur de l'objet, on obtient alors deux images dont l'aspect est assez typique si on s'en rapporte aux diagrammes de l'auteur. Nous renvoyons au texte pour les détails de la technique et à la formule mathématique qui les résume. Le lecteur trouvera une exposition détaillée des figures microphotographiques de Struycken. Ajoutons qu'une certaine initiation physico-mathématique nous paraît nécessaire pour bien comprendre certaines particularités signalées par Gradenigo. Même remarque à propos de la discussion des procédés de Quix, de Stefanini, de Schmiegelow. Le dernier permet de se passer de connaître le décrément logarithmique de l'oscillation. Nous ne pouvons non plus entrer dans les particularités des expériences de Gradenigo et de Stefanini avec les diapasons chargés d'une façon spéciale et mis en branle par une excitation simple ou double. L'auteur a du reste indiqué les résultats auxquels il est parvenu, dans des tableaux numériques et des diagrammes très explicatifs.

Nous insisterons davantage sur l'examen des fonctions auditives avec l'acoumètre de Stefanini. Il possède sur ses pareils quelques

avantages. On sait que l'instrument de Politzer bien qu'ayant le grand mérite de la simplicité rend un son métallique peu net, analogue à do^2. A une certaine distance, les mensurations manquent de précision parce que la valeur du son ne varie pas exactement en proportion avec la distance. Vaschide, Lewy font tomber sur une lame métallique inclinée d'une façon convenable une goutte d'eau d'une grandeur constante. Ceci est déjà préférable, mais quoique bien adaptés aux recherches physiologiques, ces appareils ne sont pas suffisamment pratiques pour des recherches cliniques.

Si on remplace la goutte d'eau par des corps métalliques, reste la difficulté de les faire toujours tomber exactement aux mêmes endroits. Hellot et Panse font passer une onde sonore à travers une ouverture très petite, exactement calibrée, dont on peut diminuer à volonté l'ampleur; mais ici encore les lois physiques empêchent qu'on parvienne à une perfection suffisante. Stern dirige un courant d'air dans des récipients gradués et obtient ainsi des sons allant de 100 à 1.200 vibrations c'est son « Ton variateur ». Les sons obtenus sont assez purs mais difficiles à différencier exactement les uns des autres. Il suffit de mentionner les tentatives de Lichtwitz, de Schwabach, de Summer-Taiter, de Rugani avec le phonographe.

D'autres comme Jacobson, Neef, Urbantschitsch, etc. ont cru devoir recourir au téléphone plus ou moins modifié (Cozzolino, etc.). Gradenigo avait proposé tout d'abord un acoumètre ostéo-tympanique. Le son, comme dans l'instrument bâti sur le principe téléphonique, vibre sous l'influence des ruptures de courant. Sa tonalité dépend du chiffre de celles-ci et son intensité des tours de spire du rochet.

Si on introduit un cylindre plein dans le cylindre creux du rochet on peut, suivant le degré d'enfoncement, faire varier le son. Le cylindre interne porte une graduation de 1 à 100.

Les ruptures sont au nombre de 128 par seconde. La gamme de sons obtenus est très complète et suffisamment nette. Ces sons peuvent être conduits par voie ostéo-tympanique et l'occlusion de l'oreille externe par l'instrument amène une augmentation de l'intensité sonore dont la cause est bien connue. La simplicité de ce petit appareil et sa précision mériteraient qu'il fût beaucoup plus utilisé dans la pratique. Pour éviter les défauts relevés contre l'acoumètre ordinaire téléphonique, Stefanini en a construit un nouveau modèle qui a été expérimenté en clinique par Gradenigo et par Tommasi et présenté en 1905 à la session des otologistes italiens à Rome. Il se compose essentiellement d'un solénoïde neutre à noyau inclus elliptique sans parties en fer, de façon à éliminer toutes les causes de perturbation dans l'intensité du courant induit.

Le solénoïde neutre est formé d'une couche de fils métalliques bien isolés, enroulés sur un cylindre de bois creux. Il est parcouru par le courant continu d'un petit accumulateur interrompu par un interrupteur électro-magnétique. Mais on ne peut obtenir les sons les plus aigus. Pour avoir ceux-ci, il faut recourir à d'autres arti-

fices, par exemple à une roue dentée. Quoi qu'il en soit, le courant électrique de l'acoumètre de Stefanini se règle avec un rhéostat et se mesure avec un milliampèremètre.

Le multiplicateur est construit de telle façon que le déplacement du levier introduit avec le shunt la résistance correspondante. Sur le solénoïde neutre d'autre part s'enroule les tours de spire de l'induit au nombre de 500 environ, toutes dirigées dans le même sens. Le nombre de spires à parcourir peut varier à volonté ainsi que l'intensité du courant inducteur. On fait mouvoir pour cela le levier central et le levier périphérique. L'appareil est muni de 2 à 3 vibrateurs qui donnent le son désiré. Si l'oreille malade ne perçoit un son qu'avec 15 tours de spires, c'est que son acuité auditive n'est plus que les 10/15 de la normale ; si la sensation sonore demande 500 tours de spires, l'acuité est les 10/500 de la normale.

Comme on le voit, le courant inducteur est mesuré par un instrument qui reste toujours le même et qui est le milliampèremètre. Ceci évite bien des difficultés. On peut reprocher à l'acoumètre de Stefanini, comme à tous les acoumètres téléphoniques, de ne pas donner de sons purs ; mais cela est impossible à éviter. Une grande supériorité de l'appareil de Stefanini est certainement, comme le montre Gradenigo, de mesurer exactement et facilement l'intensité des sons émis par les vibrateurs.

Mais, quelle que soit l'exactitude théorique de l'instrument, il ne faudrait pas trop raffiner à moins que l'acuité auditive soit proche de la normale. L'oreille malade n'arrivera pas à distinguer des sons que ne différencie que le passage de quelques tours de spires en plus ou en moins. C. Chauveau

II. — **Complément à la 4e édition du traité des maladies de l'oreille et des complications auriculaires**, par Körner, chez Bergmann, 1908.

Dans ce complément, l'auteur passe successivement en revue ses récents travaux sur le domaine de l'otiatrique.

Il emprunte au travail de son élève Takabataké (Japonais) quelques chiffres intéressants sur la fréquence de certaines complications cérébrales d'origine auriculaire. Ainsi, sur 89 cas appartenant à cette catégorie, 42 fois il y avait phlébite du sinus latéral, 1 fois abcès extradural de l'étage inférieur du crâne, 15 fois abcès extradural de l'étage moyen, 21 fois sinusite, 8 fois leptoméningite purulente, 2 fois abcès de lobe sphénoïdal du cerveau.

Sur 6085 autopsies, Uchermann aurait trouvé 35 fois des abcès du cerveau, dont 14 otogènes.

La déhiscence des parois joue un grand rôle comme on le sait dans les propagations intracraniennes des foyers inflammatoires otiques. Ainsi dans l'observation p. 81, il y avait otite moyenne purulente avec lacune assez étendue du tegmen. Dans l'observation p. 10, il y avait déhiscence du plancher de la caisse ayant favorisé l'infection

du bulbe jugulaire (voir les communications de Sonntag sur le sujet).

D'autre part, Haike et Grunert ont noté que la fusée purulente pouvait suivre le canal carotidien. Neumann a montré comment certaines labyrinthites, par exemple des canaux semi-circulaires, se vidaient dans l'intérieur du crâne. Friedrich (*Les suppurations labyrinthiques*, Wiesbaden, 1905) a indiqué que le pus des labyrinthites pouvait gagner la cavité cranienne en suivant le canal endolymphatique. Schultze a insisté sur le retentissement intracranien des foyers purulents du sac endolymphatique. Boesch a vu cette affection du sac aboutir une fois à l'abcès extradural, 5 fois à la lepto-méningite, 10 fois à des abcès du cervelet profondément placés, 3 fois ces deux sortes de lésions coïncidaient, 4 fois la leptoméningite s'accompagnait non d'abcès du cervelet comme précédemment, mais de phlébite des sinus.

Hinsberg a montré que l'hiatus subarcuatus de la région mastoïdienne prédisposait à des abcès du cervelet.

Körner a soutenu que l'ébranlement du crâne par le marteau lors de l'évidement mastoïdien pouvait irriter le cerveau même si l'apophyse mastoïde se montrait sclérosée. Le fait a été vivement contesté, notamment par Grossmann. La question s'est poséeà nouveau quand il s'est agi d'ouvrir et de vider les foyers labyrinthiques suppurés. Brieger et Zeroni sont pour la prudence et souvent même pour l'abstention. Hinsberg, s'appuyant sur les résultats opératoires connus croit que les chiffres sont plutôt favorables aux interventionnistes. Quoi qu'il en soit, la méningite postopératoire de Zeroni a soulevé une émotion qui n'est pas encore calmée. Körner a vu souvent, après l'évidement ou la trépanation simple, l'ébranlement du crâne par le marteau amener une réaction générale fébrile assez forte, mais qui ne tardait pas à se calmer et en somme sa statistique opératoire, est des plus satisfaisantes. Il pense aussi que la paralysie faciale opératoire est en définitive une rareté, quoi qu'on ait dit récemment sur le sujet.

D'après les chiffres statistiques relevés par lui, il résulterait, dit Körner que les complications endocraniennes des affections auriculaires deviennent sensiblement plus rares. Or, cette diminution coïncide avec l'obligation imposée depuis quelque temps à tout étudiant en médecine d'acquérir quelques notions d'otologie. D'où des diagnostics plus précoces.

Nous devons signaler tout particulièrement l'excellent chapitre consacré par le distingué professeur de Rostock à la pachyméningite externe, appelée aussi endocranite, périostite cranienne interne, abcès extradural ou épidural. Oppikofer pense que l'homme est plus atteint que la femme (28 cas pour l'un, 16 pour l'autre). D'après ses investigations opératoires, Körner a constaté 50 fois une affection aiguë, 10 fois une affection chronique des cavités auriculaires du rocher. Oppikofer (clinique de Siebenmann) a trouvé 26 cas aigus et 18 cas chroniques. Les abcès extraduraux de la fosse cérébelleuse

sont de beaucoup les plus nombreux (37 fois sur 44 dans la statistique d'Oppikofer).

Parfois le pus perfore les parois craniennes (Chavasse) ou une suture du crâne (Braunstein). La symptomatologie comprend certains troubles labyrinthiques (troubles de l'équilibre, nystagmus), parfois des perturbations de la vue (Körner, Tenzer, Sessous, Takabatake, Braunstein) telles que névrite optique.

La collection purulente peut s'amasser à l'intérieur de la dure-mère (pachyméningite intra-lamellaire) comme dans les cas de Horn et Boesch plus ou moins liés à des inflammations du sac endolymphatique. Politzer a cité un cas d'abcès interdural coïncidant avec un abcès cérébral otogène.

La pachyméningite interne ou abcès intradural ou plutôt subdural a suscité quelques travaux au cours de ces dernières années. Ainsi Grossmann a vu un abcès siéger à la surface du cerveau sur le lobe sphénoïdal gauche. Heine a vu ces collections une fois sur le cervelet, ce qui est très rare. Parfois le foyer est très étendu (méningite phlegmoneuse de Witzel). Manasse et Heine en ont cité quelques exemples. Alexander a pu observer les premiers stades de la pachyméningite interne chez un sujet ayant succombé d'une façon précoce.

La leptoméningite ou arachnite purulente a beaucoup préoccupé, ces derniers temps. On trouvera dans le livre que nous analysons des remarques intéressantes sur les points en discussion, notamment la symptomatologie et le diagnostic. Pour Körner, les troubles signalés au cours de l'affection peuvent exister comme purement fonctionnels et avant-coureurs des lésions anatomiques. A cette première période, ils seraient susceptibles de guérison. Quand il en est ainsi, il y avait non pas leptoméningite circonscrite comme on l'a soutenu, mais leptoméningite n'ayant pas dépassé le premier stade. Pour réussir, il faut suivre le conseil de Jansen et opérer résolument le foyer auriculaire dont les symptômes méningés qui viennent d'apparaître « serviraient comme d'avertissement ultime ». Si le mal est plus avancé, si le liquide de la ponction lombaire contient des streptocoques, on se résignera à une intervention intracranienne.

Un paragraphe des plus importants est également celui consacré aux phlébites des sinus, mais il est si technique qu'il nous est impossible d'en donner une analyse satisfaisante, la description valant surtout par les détails circonstanciés et souvent numériques fournis par l'écrivain. C. Chauveau.

III. — **Maladies du nez, de la gorge et des oreilles. Médecine et chirurgie**, par William Lincoln Ballenger, professeur à l'Université de l'Illinois (Illustré de 471 gravures et 16 planches; Lea et Feliger, Philadelphie et New-York, 1908).

L'auteur a été incité à écrire un nouveau traité des maladies du nez, de la gorge et des oreilles car, comme il l'indique dans sa préface, il trouvait utile de réunir en un seul ouvrage les affections de

ces différents organes ; la rapidité des progrès accomplis dans les différentes branches de la spécialité, les découvertes multiples éclairant la pathogénie et les procédés nouveaux de thérapie surtout chirurgicale étaient des raisons non moins puissantes. En illustrant son texte d'un grand nombre de dessins et schémas fort explicites, le professeur Ballenger a réuni dans son livre les avantages d'un véritable atlas opératoire à ceux d'un traité clinique. L'auteur s'est créé depuis longtemps en Amérique et dans tout le monde de la spécialité une place prépondérante ; il est inutile par suite d'insister sur la clarté de son exposition et sur la grande expérience dont son œuvre témoigne.

L'ouvrage est divisé en quatre parties ressortissant successivement aux différentes régions : nez et sinus, pharynx et amygdales, larynx et enfin oreilles.

Nez et sinus. — Un court préambule rappelle l'anatomie et la physiologie normale du nez et des sinus. L'auteur insiste sur la voie suivie par le courant respiratoire, notion à laquelle il attribue une importance considérable et que nous retrouverons discutée et complétée à propos de maintes affections de la région. Le courant inspiratoire remonte du vestibule nasal aux méats moyen et supérieur, puis est réfléchi en bas et en arrière par le cornet moyen et le toit nasal vers les choanes et l'épipharynx. Le courant expiratoire est réfléchi par la voûte du cavum dans les choanes et gagne l'orifice des narines par les méats moyens et inférieurs. De là résulte qu'une malformation obstructive de la portion inférieure du septum met surtout obstacle au courant expiratoire.

Les conséquences d'une gêne inspiratoire d'origine nasale sont d'importance : la descente du diaphragme créant un vide pulmonaire, il résulte que, si la voie d'accès nasale est insuffisante, la région nasale est soumise à l'action d'une pression négative déterminant une hyperhémie de la muqueuse nasale et sinusienne et il se produit plus ou moins d'œdème sous-muqueux. Cet état correspond à la rhinite chronique congestive. Avec le temps, celle-ci prend le caractère de « rhinite hypertrophique ». Ce qui survient à la suite d'obstruction inférieure et antérieure, quoique déjà digne d'attention, est moins important peut-être que dans le cas d'obstruction supérieure. Ici, la fissure olfactive est close, le drainage du méat supérieur et des sinus sphénoïdaux et ethmoïdaux est empêché ; d'où rétention et décomposition des sécrétions et irritation continue de la muqueuse. La vitalité de l'épithélium est perturbée ; les cellules perdent leurs cils, la muqueuse s'hypertrophie, puis s'hyperplasie. Une cause de prédisposition aux infections pathogènes et aux suppurations nasales ou sinusales est établie.

La forme, la constitution anatomique des cornets, les rapports des orifices sinusiens, l'innervation spécifique et générale de la muqueuse, sa vascularisation, à propos de quoi l'auteur insiste sur l'inconvénient des tamponnements routiniers du nez, sont rapidement passés en

revue. Il en est de même de la physiologie de l'organe qui, à son rôle de préparation de l'air respiratoire, ajoute celui très important en phonétique de résonnateur. Il ne faut pas oublier que le nez, la gorge et les oreilles sont en relations pathologiques étroites avec l'économie entière du sujet et particulièrement avec les régions voisines, soit par contiguïté, soit par voie lymphatique ou vasculaire. Réciproquement, les affections générales ont leur retentissement sur les fonctions spéciales.

Avant d'aborder la pathologie nasale, l'auteur, en un chapitre succinct et sans s'arrêter aux modes d'exploration usités, décrit l'installation nécessaire au spécialiste dans son cabinet de consultation. Notons l'appareil à mercure de Beck qui, dans certains cas, remplace le speculum de Siegle pour le massage du tympan, l'appareil aspirateur de Pynchon et une lampe leucodescente de 500 bougies dont il est donné de claires descriptions; la liste des principales solutions usuelles anesthésiques ou topiques complète l'énoncé de l'arsenal thérapeutique.

Les déformités et déviations de la cloison sont l'objet d'un chapitre fort intéressant; leur étiologie est discutée avec quelque détail, les hypothèses diverses soutenues par Morgagni, Trendelenbourg et Freeman, Jarvis, Zückerkandl, Bosworth, Talbot, sont discutées, l'auteur se ralliant à une opinion mixte, reconnaissant à une origine nerveuse, le plus souvent, et traumatique, assez fréquemment, la plus grande importance. C'est d'ailleurs la notion de trouble neurotique qui expliquerait mieux que toute autre leur pathogénie, car, suivant Talbot, l'arc palatin ne présente qu'assez rarement une hauteur exagérée, la déviation de la cloison ne peut donc être considérée comme lui étant secondaire.

Le choix des interventions est commandé par la forme clinique de la déformation. Celle-ci peut être cartilagineuse ou osseuse. Dans un premier groupe rentrent : les déviations de la portion antérieure et inférieure de la cloison, les déviations angulaires à direction antéro-postérieure limitées au vestibule et au méat inférieur ou obstruant les méats inférieur et moyen; les déviations à direction perpendiculaire au plancher nasal. Dans un second groupe rentrent : les déviations osseuses : crête osseuse du vomer, convexité de l'ethmoïde, combinaison d'une crête du vomer et de la déformation précédente.

Dès qu'il y a insuffisance de drainage ou de ventilation, une correction s'impose. La symptomatologie propre est assez simple, les conditions qu'elles créent déterminent l'apparition des différentes sortes de rhinites, sinusites. C'est ce qui a fait placer leur étude par l'auteur préalablement à celle de toute autre.

Lorsque la déviation est limitée au cartilage septal, dans les cas de déviation angulaire extrême, le procédé de Shider remplace souvent avantageusement une résection sous-muqueuse très difficile. Les déviations convexes ressortissent le plus souvent à la méthode sous-muqueuse, parfois aux procédés d'Ash, de Gleason, de Watson,

de Price Brown. L'opération de Kyle est indiquée pour les déviations en S. Mais la résection sous-muqueuse est toujours le procédé de choix si possible, car seule elle ne nécessite aucun tamponnement ou pansement.

Dans le cas de déviation osseuse, celle-ci étant d'ailleurs le plus fréquemment associée à une déviation cartilagineuse, c'est la résection sous-muqueuse qui reste encore la méthode de choix; dans le cas de simple crête ou si elle est limitée à la lame perpendiculaire ethmoïdale, elle est réductible soit d'un coup de scie ou de rabot, soit par l'emploi de la pince de Roë.

De nombreuses figures rendent facilement compréhensible la technique de ces différentes interventions; la résection sous-muqueuse en particulier fait l'objet d'une description très approfondie où l'auteur donne toutes les indications pratiques pouvant rendre très aisé l'emploi de son bistouri à pivot, bien connu d'ailleurs, et de sa pince plate pour l'enlèvement du lambeau réséqué.

Ce chapitre se termine par une courte étude des perforations de la cloison et des méthodes autoplastiques à y opposer. (Opération de Goldstein, opération de Hazletine.)

L'étiologie des affections inflammatoires du nez et des sinus, après quelques développements sur la valeur de la réaction inflammatoire qui mesure assez fréquemment la valeur défensive de l'organe, arrête longuement l'auteur qui divise selon la coutume les causes en prédisposantes et déterminantes. Les secondes sont les microorganismes, mais leur présence habituelle dans la cavité nasale marque bien l'importance provocatrice des causes prédisposantes intranasales qui comprennent les écarts d'hygiène, les influences météorologiques. Les premières comprennent toutes les déformations mettant obstacle au drainage ou à la ventilation.

Les effets de l'obstruction nasale sont variables suivant sa localisation. Alors que dans une obstruction inférieure le drainage des sinus est assuré, les obstructions supérieures réduisent à néant la fente olfactive, ne permettant ni la libre sortie des sécrétions sinusales, ni la ventilation de ses cavités, ce qui est la cause prédisposante la plus effective des infections nasales. L'auteur revient encore sur le rôle hyperhémiant, puis secondairement hypertrophiant de l'état d'aspiration nasale continue exercée au cours d'une insuffisance respiratoire.

Les principes de thérapeutique des affections inflammatoires du nez sont basées sur le fait que le processus inflammatoire est une réaction de défense; le plus fréquemment, c'est en y aidant qu'on fera de la bonne besogne. Applications chaudes ou froides, bains de lumière, stase suivant la méthode de Bier, n'ont point d'autre effet.

Les notions précédentes sont appliquées au traitement du coryza : établir un drainage et une ventilation suffisante par des applications de cocaïne ou d'adrénaline, par exemple, ou tout autre moyen, exciter la tonicité du système vasomoteur, exciter la leucocytose par

des bains de lumière et, il va de soi, corriger les crêtes, déviations ou autres déformations prédisposantes, telles sont les indications à remplir.

La rhinite chronique congestive secondaire à des coryzas répétés ou à des malformations nasales comporte la suppression de toute épine irritative et le traitement des cornets eux-mêmes. L'électrocautérisation donne de bons résultats ; l'auteur en donne la technique accompagnée de dessins explicatifs. Elle peut être sous-muqueuse. Les cautérisations à l'acide chromique sont de valeur bien inférieure.

La rhinite hypertrophique reconnaît pour causes principales toutes celles qui créent un état d'hyperhémie prolongée; les moyens médicaux (pulvérisations, etc.) ne sont que d'utiles adjuvants. La correction des déviations, l'excision au ciseau ou à la scie du cornet hypertrophié et surtout la résection sous-muqueuse du cornet osseux, suivant la méthode de Beck, sont fort bien décrites par l'auteur.

La rhinite hyperplastique différerait de la précédente par l'accroissement numéral des éléments cellulaires et du tissu conjonctif. Rétention des sécrétions sinusales et compression au niveau du cornet moyen en sont les principales causes. La rhinite atrophique lui serait souvent secondaire. Le traitement consiste à supprimer la cause de l'obstruction, à guérir la sinusite, à réséquer aux ciseaux, à l'anse ou au bistouri à pivot la ou les parties hyperplasiées. Les conditions qui donnent lieu à la rhinite atrophique sont multiples. La rhinite atrophique simple correspond aux processus atrophiques rencontrés au niveau des autres muqueuses de l'organisme: le traitement causal est un traitement général. La rhinite atrophique peut être cyanotique, des troubles cardiaques, pulmonaires ou rénaux sont alors décelables. Le plus souvent, c'est une sinusite plus ou moins latente qui est en jeu; l'ozène est une complication surajoutée au processus atrophique, lequel est lui-même secondaire à une sinusite. On doit donc traiter la sinusite dans ces cas et entretenir la cavité nasale dans le plus grand état de propreté, soit par des lavages, soit par des pulvérisations huileuses ou par le tamponnement fréquent du nez avec de l'ouate imbibée de glycérine ichtyolée. Les injections de paraffine dont l'action est sans conteste, agiraient surtout à titre de corps étranger provoquant de l'hyperhémie et de l'hyperleucocytose; accessoirement, en comblant la cavité nasale, elles évitent le dessèchement des sécrétions.

Les suppurations nasales ne doivent point être considérées comme des entités morbides, mais, suivant l'auteur, comme la résultante d'une sinusite ou d'un coryza ; elles accompagnent aussi les processus syphilitiques gonococciques ou tuberculure du nez; il n'y a donc pas à proprement parler de rhinite purulente. (*A suivre*).

J.-E. Mathieu (de Challes-Hyères).

IV. — **Précis des maladies de l'oreille, du nez, du pharynx et du larynx**, par Lannois, avec la collaboration de

F. Chavanne et C. Ferran (2 volumes de la collection Testut, formant 1700 pages avec 445 figures ; chez Doin, éditeur (*suite*)).

La **rhinologie**, qui constitue avec la pharyngologie la part de collaboration de F. Chavanne, est très développée relativement aux autres parties de l'ouvrage ; et ce n'est que justice puisque l'on sait actuellement que les maladies des premières voies respiratoires et digestives tiennent sous leur dépendance une bonne partie de la pathologie. Leur étude est présentée d'une façon très claire, en un style alerte et incisif, avec un louable souci de la documentation française et étrangère.

Les *notions anatomiques* et *physiologiques* concernant les fosses nasales et les sinus ont reçu un développement justifié.

L'*examen des fosses nasales et de leurs cavités accessoires* est bien exposé en ses différentes manœuvres d'exploration : rhinoscopie antérieure, postérieure, et médiane, salpingoscopie, transillumination, palpation directe et indirecte ; l'examen fonctionnel envisage successivement la fonction respiratoire, la ponction olfactive, la fonction dans la phonation, et l'examen de la sensibilité.

Un chapitre de *thérapeutique générale* réunit l'asepsie de l'opérateur et des instruments, l'anesthésie générale et surtout locale (auxiliaire indispensable de la spécialité), le nettoyage des fosses nasales (irrigations), les applications médicamenteuses (insufflations, pulvérisations, badigeonnages, fumigations) ; un paragraphe spécial est consacré aux interventions courantes (cautérisation, anse galvanique, anse froide, électrolyse, massage vibratoire, aérothermie), à la suite desquelles l'hémato-aspiration est brièvement décrite.

La *séméiologie générale* comprend l'étude de l'obstruction nasale, bien décrite en ses diverses conséquences, des dysosmies ou troubles de l'odorat (à signaler une bonne description de l'anosmie), des suppurations nasales, de l'épistaxis qui est minutieusement exposée, et des hydrorrhées nasales.

Un premier chapitre est consacré aux *malformations* diverses : malformations et destruction du nez : synéchies congénitales ou acquises. Les malformations de la cloison, extrêmement fréquentes, reconnaissent une origine traumatique ou plus habituellement constitutionnelle. On distingue, au point de vue anatomique, les déviations proprement dites, les crêtes, et les éperons. Les symptômes sont physiques, constitués par les déformations externes ou internes du nez, et fonctionnels, qui sont ceux de l'obstruction nasale. Leur traitement, d'une si grande importance pratique, comprend deux méthodes : la mobilisation, à l'aide de divers procédés (Asch, entre autres), et la résection au moyen de l'électrolyse, du rabot-sepcotome, du bistouri et de la résection sous-muqueuse.

Les *lésions traumatiques du nez* comprennent les contusions simples, les plaies du nez, les fractures des os propres, simples ou comminutatives, les luxations des os propres, les fractures et les luxations de la cloison, que l'on distingue en osseuses et cartilagineuses.

Parmi les *dermatoses vestibulaires*, l'auteur étudie les fissures, l'eczéma, le sycosis, le furoncle du nez.

Les *affections de la cloison* qui restent à décrire sont l'objet d'un chapitre spécial. L'*hématome de la cloison* succède habituellement à un traumatisme et se tranforme le plus souvent en la forme suivante. L'*abcès de la cloison*, primitif ou secondaire, siège ordinairement au niveau de la portion cartilagineuse ; l'ouverture en sera pratiquée aussitôt que possible. L'*ulcère perforant de la cloison*, d'origine hémorragique, siège à la partie antérieure de la cloison cartilagineuse ; son diagnostic étiologique est d'une grande importance.

Un chapitre important est consacré aux diverses *rhinites*. La *rhinite aiguë* reconnaît des causes thermiques, chimiques et mécaniques ; ses symptômes sont généraux et locaux, ses complications fréquentes du côté des organes voisins (sinusites, otites, angines, laryngites, bronchites).

La *rhinite chronique hypertrophique*, extrêmement fréquente, est la conséquence de coryzas répétés ; elle comprend un stade de rhinite chronique simple où les troubles de la sécrétion sont au premier plan, et un stade d'hypertrophie, diffuse ou circonscrite, où l'obstruction nasale est prédominante.

Ce traitement consiste essentiellement à rétablir la perméabilité nasale.

La *rhinite spasmodique*, périodique ou rhume des foins et apériodique, reconnaît une triple origine : tempérament spécial, hyperexcitabilité particulière de la muqueuse, cause irritante extérieure (pollen des plantes). Elle présente des symptômes oculaires, nasaux et bronchiques. Ce traitement sera prophylactique, général et local (cautérisation).

Les *rhinites pseudo-membraneuses* sont diphtériques ou non diphtériques. La diphtérie nasale primitive ou secondaire se présente sous une forme commune, analogue à un simple coryza, et une forme fibrineuse ; à signaler les formes combinées (strepto-diphtéries). Les rhinites diphtéroïdes, non justiciables du bacille de Klebs-Lœffler, n'ont aucune tendance à la généralisation. En présence d'un coryza suspect, recourir au sérum antidiphtérique.

Il faut entendre par *ozène*, la rhinite atrophiante fétide, de pathogénie complexe, non encore élucidée. L'auteur distingue la rhinite ozénateuse purulente hypertrophique, la rhinite ozénateuse pré- ou para-bacillaire et l'ozène pur, caractérisé par la fétidité de l'haleine, les croûtes et l'atrophie de la muqueuse et des os du nez. Le traitement, longtemps palliatif, est réalisé actuellement par les injections interstitielles de paraffine.

Les *affections chroniques spécifiques* comprennent en premier lieu la *tuberculose nasale* qui se présente sous deux formes : la tuberculose proprement dite, caractérisée par l'ulcère tuberculeux et le tuberculome, et le lupus primitif ou secondaire.

La *syphilis nasale* est acquise ou héréditaire. Acquise, elle peut

atteindre le revêtement externe (chancre induré, syphilides, gommes des ailes du nez) ou la muqueuse : chancre de la cloison, à forme ordinairement sténosante, érythème et érosions secondaires, tumeur gommeuse, infiltration locale ou diffuse, ulcérations ; à signaler les complications atteignant le squelette (perforations) et entraînant une déformation définitive du nez. Le diagnostic précoce de la syphilis tertiaire, d'une importance extrême est minutieusement exposé.

La syphilis héréditaire peut être précoce (coryza syphilitique) ou tardive. A propos du traitement, quelques mots sont dits de la prothèse nasale.

Parmi les autres affections chroniques spécifiques sont décrits le *rhinosclérome*, rare en nos pays, la *lèpre* et l'*actinomycose*.

Dans les *tumeurs bénignes* sont rangés les *polypes du nez*, qui correspondent à des dégénérescences bénignes de la muqueuse, justiciables de l'anse froide et de la pince plate de Luc ; à signaler une variété spéciale, les polypes hémorragiques; les *papillomes*, décrits spécialement par l'auteur, les adénomes, les ostéomes, extrêmement rares et les enchondromes.

Les *tumeurs malignes* comprennent le sarcome, qui se caractérise par sa tendance à repousser en dehors le squelette nasal et l'épithéliome dont le point de départ le plus fréquent est la cloison. Le diagnostic des tumeurs malignes est l'objet d'un paragraphe spécial. Leur traitement comporte la technique de l'ostéotomie d'Ollier et de la rhinostomie sous-labiale de Rouge.

Les *corps étrangers du nez* pénètrent le plus souvent par les narines et servent d'amorce aux rhinolithes ; on les extrait par voie antérieure, postérieure, ou artificielle ; à en rapprocher les parasites, exceptionnels en nos climats.

Les *névroses réflexes d'origine nasale*, d'une telle importante pratique, sont l'objet d'une étude spéciale.

Les *manifestations nasales dans les maladies générales et les intoxications* sont étudiées successivement dans les maladies infectieuses (grippe, rougeole), dans les maladies générales et organiques (affections génitales), dans l'hystérie et dans les diverses intoxications.

Le dernier chapitre, des plus importants, est consacré aux *maladies des sinus*. En premier lieu, les *sinusites* sont l'objet d'une étude générale concernant leur étiologie et leur évolution.

La *sinusite frontale* est catarrhale ou purulente, aiguë ou chronique, primitive (coryza, grippe) ou secondaire (sinusite maxillaire), elle se résout en quelques jours dans les cas aigus, ou persiste avec des accalmies dans la forme chronique. La cure radicale comporte diverses méthodes : de Ogston-Luc, de Kuhnt-Luc, de Killian, de Goris, de Jacques, qui sont successivement exposées.

La *sinusite maxillaire* est d'origine nasale ou extra-nasale (dentaire). La transillumination, le cathétérisme et la ponction renseignent sur l'existence de pus dans le sinus. L'empyème maxillaire est justiciable des lavages du sinus par l'orifice naturel ou par voie artifi-

cielle ; la sinusite vraie exige la cure radicale (méthode de Desault, de Caldwell-Luc).

La *sinusite sphénoïdale*, ordinairement chronique et d'origine grippale ou ozéneuse, est reconnue par l'exploration directe et le cathétérisme, précédés de la résection du cornet moyen. On l'aborde par la voie nasale, la voie du sinus frontal, du sinus maxillaire, la voie transethmoïdale.

Les *ethmoïdites* sont le plus souvent d'origine nasale ; à noter la fréquence de l'empyème ethmoïdal. La suppuration, ordinairement localisée au groupe des cellules antérieures ou postérieures, est fermée ou ouverte. On peut l'aborder par la voie nasale, la voie orbitaire ou la voie nasale artificielle.

Les *sinusites combinées* sont étudiées à part. Des paragraphes spéciaux réunissent les *complications oculo-orbitaires* et les *complications cérébrales* des sinusites. Un dernier chapitre est consacré aux *lésions traumatiques*, aux *corps étrangers* et aux *tumeurs* diverses des sinus. (*A suivre*).

A. Perretière (de Lyon).

V. — **Le labyrinthe, organe du sens mathématique de l'espace et du temps** (*suite*), par Cyon. Berlin, 1908, chez Jules Karger.

Le mode de distribution de l'influx nerveux a une importance égale à celle de son degré d'intensité; car de lui dépend l'excitation ou l'état de repos de tel ou tel groupe musculaire; l'exacte répartition de l'incitation motrice est absolument nécessaire, comme on le sait, à l'exact accomplissement du mouvement à accomplir. Un phénomène tout aussi important à signaler est la durée que doit présenter l'excitation nerveuse dans les muscles dont il s'agit de provoquer la contraction.

Suivant Cyon, les animaux privés de leur canaux semi-circulaires ne savent plus utiliser régulièrement leur influx nerveux; il y a excès en plus, de telle sorte que les contractions musculaires se font avec une ampleur tout à fait anormale, arrivant sans nécessité à leur maximum d'intensité. Les groupes musculaires à activité ainsi surexcitée ne savent plus coordonner leur action qui s'entrave mutuellement au lieu de s'aider réciproquement. L'impossibilité de garder convenablement l'équilibre après section des canaux semi-circulaires tient en grande partie aux troubles qui viennent d'être signalés. Ils revêtent un aspect si caractéristique que certains auteurs ont voulu faire des canaux semi-circulaires le siège du sens des contractions musculaires (Bornhardt, Ewald).

Bornhardt comprend mal Cyon, qui avoue du reste s'être exprimé un peu obscurément, parce qu'il était alors encore sous l'influence de Helmholtz touchant l'origine empirique de la notion de l'espace grâce surtout aux contractions musculaires ; il s'imagina que Cyon lui-même partageait cette opinion. Cette interprétation fautive fut admise par certains expérimentateurs notamment par Ewald.

Qu'il soit permis, avant d'entrer dans une discussion approfondie des théorie émises, de rappeler l'attitude si curieuse du membre inférieur des pigeons auxquels on vient de sectionner les canaux semi-circulaires. On dirait que leurs pattes ont été fracturées, tellement leur démarche est singulière et il faut y regarder de très près pour échapper à cette illusion. D'ordinaire, le phénomène est unilatéral. Il réalise à peu près l'allure des ataxiques. Comme chez ces sortes de malades, les désordres relevés tiennent à une régularisation imparfaite de l'influx nerveux, trop violent, mal réparti dans les groupes musculaires qui n'agissent plus syénergiquement. D'ailleurs, la tête, l'appareil oculo-moteur et les muscles de tout le reste du corps présentent à un examen approfondi des désordres semblables qu'on retrouve un grand nombre de mois après la vivisection en question.

A ce sujet, Cyon n'accepte pas les hypothèses d'Ewald, d'Aubert, de Delage, partisans plus ou moins déclarés des idées de Mach. Il émet l'hypothèse d'un tonus réflexe qui aurait son régulateur dans les canaux semi-circulaires. Ce tonus réflexe différerait de celui de Brondgeest.

On sait que, d'après ce physiologiste, les muscles de la vie de relation auraient un tonus réflexe à siège médullaire et dont l'existence est entretenue par les excitations incessantes parties des nerfs sensibles. Schwalbe a fortement attaqué cette hypothèse qui reste vraie, du reste, en partie. Cyon, en effet, en coupant les racines postérieures du nerf rachidien, a vu que l'excitabilité des racines antérieures des même nerfs diminuait. Mais l'excitation transmise des racines sensibles aux racines motrices de ces mêmes nerfs rachidiens ne s'effectue pas uniquement à travers la moelle; elle peut avoir lieu en des points supérieurs, à différents étages de l'encéphale. Cyon s'élève contre la conception de ceux qui veulent que l'excitabilité des racines antérieures soit exclusivement périphérique, c'est-à-dire provienne exclusivement des sensations du dehors transmises par les racines postérieures. Il a montré (voir sa monographie sur le tabès, 1867) que les phénomènes d'ordre cérébral modifient aussi l'excitabilité des racines antérieures des nerfs rachidiens, même si leurs racines postérieures ont été sectionnées. S'appuyant sur une expérience singulière de Vulpian et Philippeaux sur la restitution des mouvements de la pointe de la langue après arrachement de l'hypoglosse, il a essayé de démontrer que l'excitation motrice pouvait même prendre la voie sensible, c'est-à-dire s'effectuer par la voie centripète et gagner ainsi les plaques motrices des muscles. En 1876, Cyon reconnut qu'il pouvait en être de même pour les voies centrifuges (motrices) qui pourraient, dans certains cas, devenir centripètes. Il précédait ainsi de près de trente ans la théorie antidromique. Quoi qu'il en soit, le tonus musculaire réalisé par les excitations parties des racines postérieures des nerfs rachidiens (racines sensibles) a, d'après des recherches ultérieures de Cyon, pour but principal de suffire à la dépense de l'influx nerveux

nécessaire pour les contractions volontaires ou involontaires (réflexes).

Suivant Cyon (voir sa monographie citée plus haut), les troubles tabétiques portant sur la marche tiennent : 1° à une synergie vicieuse des groupes musculaires ; 2° à une intensité et à une prolongation vicieuse de l'influx nerveux distribué à chaque muscle. Cette opinion fut adoptée généralement (Marcacci, Konellis, Belmondo, Oddi, etc.). Munk et Scherrington développèrent par leurs recherches les idées ainsi émises et permirent de préciser le rôle de différentes parties de l'encéphale, notamment des hémisphères dans la production du phénomène. Cyon regarde les excitations sensibles transmises par les racines des nerfs sensibles comme facteurs d'énergie. Les parties médullaires ou encéphaliques élaborant ces excitations sensibles, constitueraient des zones productrices d'énergie. Mais les canaux semi-circulaires, étant le sens de l'espace, peuvent seuls donner à cette énergie ainsi développée une direction et un emploi judicieux. Ils règlent en quelque sorte l'intensité et la durée de l'influx nerveux moteur. Ce sont des sortes d'énergimètres.

Les troubles qui résultent de la perturbation de cet énergimètre peuvent être appelés, comme le voulait Schiff, dysmétriques (mal mensurés), Le terme serait meilleur que celui d'ataxique, celui-ci convenant surtout aux désordres choréiques où les mouvements s'accomplissent par des voies anormales et non par les voies motrices habituelles, la dénomination d'ataxie signifiant surtout incoordination musculaire (Hippocrate, Sydenham, Pinel). La destruction des racines postérieures ou de certaines zones énergétiques de la moelle et de l'encéphale, ou des canaux semi-circulaires modifie le tonus musculaire ; mais il y a analogie seulement dans les phénomènes observés, et non identité, ainsi que l'a prouvé Munck par des recherches très délicates et très bien conduites. En tout cas, il ne s'agit ni de paralysie, ni d'affaiblissement du pouvoir musculaire, mais bien d'une appréciation et d'une mensuration imparfaite de celui-ci. C'est parce que le tonus est influencé non seulement par la moelle, mais encore et surtout par l'encéphale que les différentes zones énergétiques de celui-ci et par conséquent du tonus musculaire sont si profondément modifiées par les canaux semi-cirulaires et que ceux-ci jouent, comme l'avait vu il y a bien longtemps Flourens, le rôle d'énergimètre, comme il a été vu plus haut.

Chevreul avait entrevu la véritable nature de cette action des canaux semi-circulaires, quant il écrivait : « C'est l'absence de ces canaux et non leur présence qui est la cause des phénomènes si singuliers décrits par M. Flourens ; c'est donc hors de ces canaux qu'il faut les rechercher ces causes, et dès lors, il faut les considérer non comme des organes qui produisent les phénomènes en question, mais comme des organes qui les empêchent au contraire de se manifester. » Les canaux semi-circulaires serviraient ainsi d'organes

inhibiteurs et régulateurs en même temps, comme Cyon l'avait entrevu dès ses premières expériences. Il est revenu à diverses reprises sur ce sujet, notamment quand il s'est occupé de la démarche des souris japonaises dansantes. C'est grâce à ces zones énergétiques et à ces appareils inhibiteurs et régulateurs que les excitations sensibles d'origine périphérique peuvent en quelque sorte être emmagasinées, s'accumuler et être utilisées au fur et à mesure des besoins.

A ce propos, Cyon se livre à une critique assez amère des opinions d'Ewald et de son hypothèse sur le tonus labyrinthique qui a eu une fortune que ne mériterait nullement sa valeur propre. Ainsi, ses expériences, ses affirmations quand elles seraient exactes ne constitueraient en somme que des redites empruntées à d'autres observateurs qui l'ont précédé dans cette voie. Flourens avait vu, avant lui, que les pigeons auxquels on a sectionné les canaux semi-circulaires ne peuvent plus voler. Bollscher, Curschmann, Berthold, Bornhardt avaient déjà entrevu l'influence de cette vivisection sur la musculature du tronc de ces oiseaux. Cyon lui-même a noté que les pigeons ainsi traités mettent le derrière de leur tête en bas et leur bec en haut. En 1873, Munck trouva même attitude chez un pigeon privé congénitalement de labyrinthe. Pour s'excuser de ne pas citer ses devanciers, Ewald se tire, il est vrai, d'affaire en disant que leurs méthodes de section labyrinthique étaient encore trop imparfaites pour être valables, assertion que Cyon, bien entendu, n'accepte pas.

Son terme tonus a une signification étymologique ici imprécise, car il veut dire tension et ce mot ne peut s'appliquer qu'au muscle ou au tissu élastique. Il est donc mal précisé en physiologie. Ewald n'émettrait qu'une vue de l'esprit, parce qu'il n'est appuyé sur aucune expérimentation. Son hypothèse doit rejoindre dans l'oubli les idées de Goltz et de Mach. D'ailleurs, l'auteur lui-même de cette théorie semble l'avoir oubliée, si on s'en rapporte à ses publications les plus récentes.

Sens de l'espace et cervelet. — Le voisinage de l'appareil auditif et du cervelet est tel qu'on peut toujours craindre, en intéressant l'un, de blesser l'autre. Le but des vivisectionistes a été d'éviter cette faute. D'autre part, Betscherew, Edinger, etc., ont montré les rapports de l'auditif avec le noyau de Deiters. Il y a donc à chercher dans cette voie. Les épreuves de Flourens et de Magendie sont un peu anciennes. D'autre part, dans ses extirpations du cervelet; Luciani ne semble pas avoir respecté certaines parties de l'appareil de l'ouïe, notamment l'acoustique.

Munck a échappé à ce reproche. Il a prouvé que le cervelet est un organe régulateur des mouvements (station debout, assise, marche, etc.) ; son action semble nulle sur l'appareil oculo-moteur, Celui-ci n'est atteint que si l'on agit, en même temps que sur le cervelet, également sur le nerf acoustique. En définitive, le cervelet a par ses centres une action énergétique entretenue par les excitations

provenant des nerfs sensibles, semblable à celle du reste de l'encéphale et notamment à celle des hémisphères quoique un peu moindre, énergie dont le nerf vestibulaire régularise le mode d'emploi et la distribution. C. Chauveau.

VI. — **Lehrbuch der Ohrenheilkunde für Studierende und Aerzte**, par G. Bœnninghaus, privat-docent, auriste à l'hôpital Saint-Georges à Breslau. Éditeur, Karger, Berlin, 1908.

Le traité d'otologie de Bœnninghaus est divisé en deux parties fondamentales : 1° Propédeutique ; 2° Pathologie et thérapeutique spéciales.

1° Propédeutique. — Le premier chapitre a trait à la technique otoscopique. Bœnninghaus étudie successivement les divers réflecteurs, les sources lumineuses et montre que même sans spéculum d'oreille on peut examiner un conduit auriculaire et la membrane tympanique : il recommande aux débutants d'agir ainsi pour s'habituer à l'otoscopie ; car souvent, dit Bœnninghaus, le débutant place son spéculum de telle façon qu'il ne voit que le conduit osseux : le tympan est invisible. Trois figures excellentes montrent comment on doit introduire un spéculum. L'auteur étudie ensuite la question des lavages d'oreille, les examens à la loupe et au spéculum de Siegle, de la membrane du tympan. Bœnninghaus a soin (et ceci rend la lecture de son traité très attrayante et très facile) de résumer en quelques lignes écrites en gros caractères les principes fondamentaux de la question étudiée.

Il passe ensuite, dans un second chapitre, aux résultats de l'examen otoscopique : il commence par décrire un conduit normal, puis montre quelles modifications pathologiques peuvent s'y produire : de même pour la membrane. Je recommande surtout au lecteur une figure très nette représentant la caisse du tympan après excision de la membrane, les schémas ayant trait aux variations du réflexe lumineux. Bœnninghaus étudie particulièrement les variations de la voussure du tympan. Des figures très claires et d'une compréhension facile pour les débutants illustrent ce chapitre ; de même pour les perforations du tympan, de la membrane de Schrapnell.

Puis l'auteur aborde la physiologie de l'oreille et l'examen fonctionnel de l'ouïe. Il faut, selon lui, tout d'abord faire l'examen qualitatif de l'audition, puis l'examen quantitatif (acuité auditive). Il traite dans un paragraphe spécial la question de l'examen acoumétrique chez les enfants, question peu traitée en général et d'une importance capitale : il est surtout difficile de savoir si un tout jeune enfant entend ou n'entend pas ; quelquefois ce sont les parents qui ont remarqué que l'enfant ne réagissait pas sous l'influence des sons ou qu'il n'apprenait pas à parler ; d'autres fois, il s'agit d'imbécillité ou d'idiotie.

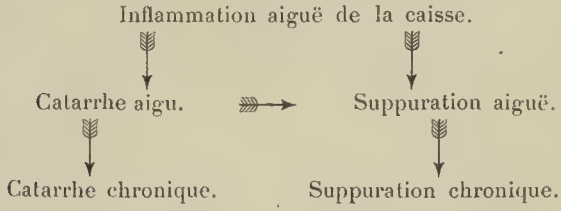
Dans le cas où l'enfant est normal, il s'agira naturellement de surdité totale ou de surdité très accentuée. On peut se servir d'un sifflet (il faut naturellement qu'une troisième personne siffle). L'enfant

se retournera ou restera immobile. Les parents, souvent, diront que l'enfant entend, étant donné qu'il se retourne lorsqu'on ferme une porte, lorsqu'une personne s'approche de lui : il ne s'agit plus d'audition, mais de sensations tactiles. Bœnninghaus insiste sur l'examen, chez l'enfant, du nez, du cavum. Il ne faut pas, dit-il, être optimiste et l'on doit mesurer ses paroles. L'auteur aborde ensuite la question de la localisation du siège de la surdité, au moyen du diapason, du sifflet de Galton ; il passe ensuite à l'examen de la fonction statique.

2° Nous arrivons à la seconde partie, la plus importante, ayant trait à la pathologie et à la thérapeutique. Tout d'abord, B. traite les affections de l'oreille externe. A propos du furoncle de l'oreille, il cite un cas personnel où la mort est survenue par complications intracraniennes chez une femme de 50 ans : il n'y avait aucune lésion de la caisse ; pour l'auteur, la pathogénie des accidents méningitiques est la même que dans le furoncle ou l'anthrax de la lèvre supérieure. En ce qui concerne la thérapeutique du furoncle de l'oreille, l'auteur dit que l'incision est tellement douloureuse, qu'il faut être sûr avant d'y recourir de ne pas avoir à recommencer, car le malade s'y refusera. B. n'est pas ennemi des sangsues en avant du tragus.

A propos des corps étrangers de l'oreille, B. rappelle qu'on a publié jusqu'ici 20 observations de corps étrangers où la mort est survenue à la suite de manœuvres intempestives d'extraction.

L'auteur aborde ensuite les affections de la membrane du tympan et de l'oreille moyenne. Un premier chapitre est consacré aux différents modes d'infection de l'oreille moyenne, Tout d'abord se pose la question de la stérilité de la caisse ; en général, la caisse ne contient pas de germes pathogènes : quelle est la voie d'apport des bactéries ? L'auteur passe en revue les infections d'origine salpingienne, d'origine auriculaire (conduit) et d'origine sanguine. La division du sujet est donnée par B. dans un schéma ingénieux :



En ce qui concerne la paracentèse, B. est opportuniste : il la pratique quand, au bout de 2-3 jours, il n'y a pas d'amélioration. Pour l'anesthésie, il emploie une variante du mélange de Bonain : chlorhydrate de cocaïne 2 gr., menthol 2 gr., acide phénique 0 gr. 50 et alcool 10 gr. De l'avis de B., le traitement sec au moyen de mèches ne peut se faire qu'à la clinique lorsque le malade peut venir tous les jours : sans cela, il faut pratiquer des lavages à l'eau bouillie. Rien de particulier à citer à propos du chapitre consacré à la mastoïdite et de celui où B. traite de l'otite chronique suppurée.

Viennent ensuite les otites à infection spécifique, de l'influenza, de la rougeole, etc., etc. Dans la tuberculose, B. distingue deux formes : 1° La suppuration tuberculeuse de l'oreille moyenne au cours d'une phtisie latente ou au début ; 2° L'otite tuberculeuse au cours d'une phtisie progressive. B. rappelle que, quelquefois chez des enfants absolument indemnes de toute tuberculose, à la suite d'une otite suppurée, se déclare une mastoïdite, que le microscope ou l'inoculation révèle comme étant de nature tuberculeuse (Henrici, 1904). Au cours de l'opération, on constate que les granulations sont pâles que l'os ramolli présente un aspect caséeux. Il s'agit probablement d'une infection par voie sanguine du tissu osseux.

B. passe ensuite aux complications intracraniennes; des figures très claires sont annexées à ce chapitre, traité de main de maître. Successivement l'auteur étudie la pachyméningite, la leptoméningite, l'abcès cérébral, la thrombose du sinus, et enfin l'otite septique de Körner. B. insiste sur la difficulté du diagnostic des complications encéphaliques ; mais, dit-il, dans l'état actuel de la science, il est plus important de reconnaître qu'il existe une complication intracranienne que de savoir la nature exacte de cette complication, car, de toutes façons, on intervient : on part de l'oreille moyenne et on cherche quelle est la complication.

Puis B. aborde les affections non infectieuses de l'oreille moyenne : et tout d'abord « l'ankylose osseuse de l'étrier (manifestation partielle de l'otosclérose) », découverte sur le cadavre en 1857 par Toynbee et étudiée depuis par Kate, Habermann, Politzer, Bezold, etc. B. est d'avis qu'on ne peut pas donner à ce processus le nom d'otosclérose, étant donné qu'anatomo-pathologiquement il s'agit d'une « porose du tissu osseux ». Cependant aujourd'hui, en Allemagne, on donne le nom d'otosclérose à l'épaississement de la muqueuse de la caisse au cours du catarrhe chronique et à l'ankylose osseuse de l'étrier qui en résulte en général.

B. dit qu'à part le signe de Schwartze (hyperhémie du promontoire et de sa muqueuse visible à travers un tympan normal), il n'existe que des signes négatifs. Le diagnostic doit se faire par exclusion : toutes les fois, dit Bœnninghaus, lors d'une surdité chronique, qu'on peut éliminer une inflammation de l'oreille moyenne ou une affection labyrinthique, il s'agit d'une ankylose osseuse de l'étrier.

En ce qui concerne le traitement, dit-il, il faut réagir et non pas instituer « une thérapeutique nihiliste ».

Le traitement doit être en première ligne mécanique et pneumatique (pneumomassage, hydropneumomassage, etc.). Quant à l'ablation chirurgicale de l'étrier, c'est une opération sans résultats, selon B.

Les douches d'air donnent des résultats quand l'ankylose est mixte, c'est-à-dire fibreuse et osseuse.

Siebenmann a de bons résultats, dit B., de l'administration de capsules glutinisées de phosphore (0,001 milligramme).

Dans le chapitre VI, B. étudie les maladies de l'oreille interne ;

après avoir consacré un premier chapitre à la symptomatologie générale, il expose la thérapeutique générale des affections du labyrinthe. Dans les cas où le labyrinthe est irrité d'une façon aiguë, B. recommande, en outre du traitement sédatif général, de diminuer les bourdonnements en appliquant sur les oreilles un opercule rembourré d'ouate ; de même qu'en oculistique on fait porter des lunettes bleues pour que l'œil ne se fatigue pas. La pilocarpine, selon B., est un excellent médicament, en injections ou à l'intérieur. Il recommande également les sudations suivies d'une cure d'iodure de sodium. Sont contre-indiqués les douches d'air, le pneumomassage, la galvanisation.

Dans les états chroniques, le courant continu donne de bons résultats.

B. rappelle que ces dernières années on a essayé d'intervenir chirurgicalement en pratiquant la section intracranienne du nerf acoustique ; cette opération n'a été entreprise que quatre fois jusqu'ici : deux fois par la voie de la fosse cérébrale moyenne, après avoir décollé la dure-mère de la face supérieure du rocher; Jaboulay et Parry ont attaqué à la gouge le conduit auditif interne. Dans les deux autres cas, Krause et Wallace ont choisi la voie de la fosse cérébrale postérieure et sectionné la dure-mère du cervelet. Le malade de Parry seul a survécu et fut amélioré.

En ce qui concerne les maladies du labyrinthe, B. étudie d'abord les processus infectieux du labyrinthe ; il divise le sujet en trois chapitres :

I. — Les infections labyrinthiques ayant leur origine dans la caisse :

a) Au cours du catarrhe aigu de la caisse.

b) Dans les suppurations de la caisse.

II. — Les infections ayant une origine méningée.

III. — Les infections sanguines.

B. s'est inspiré surtout des beaux travaux de Hinsberg pour établir son étude des infections labyrinthiques au cours des suppurations de la caisse. Tous les auteurs, dit B., sont d'accord, dans le cas de labyrinthite suppurée, pour faire l'opération radicale, mais ils ne sont pas d'accord quand ils arrivent au labyrinthe : les uns s'y arrêtent et laissent à la nature le soin de guérir le malade ; les autres ouvrent largement le labyrinthe. Il est évident, dit l'auteur, que c'est là, au point de vue chirurgical, une manière de procéder logique. Mais quelles sont les suites de la trépanation labyrinthique? Hinsberg dit que, sur 68 cas, la mort n'est survenue qu'une fois comme cause directe de la trépanation du labyrinthe.

Dans le chapitre II, B. a surtout en vue la méningite cérébro-spinale : en effet, on admet que dans 10 % des cas de survie à cette affection, il y a surdité bilatérale totale.

En ce qui concerne les infections par voie sanguine, B. étudie les labyrinthites de la syphilis secondaire; mais, dit l'auteur, s'agit-il de labyrinthite ou de névrite acoustique?

On connaît les résultats de deux autopsies de labyrinthite syphilitique tertiaire. B. finit par la labyrinthite de la syphilis tertiaire, plus fréquente.

L'auteur aborde ensuite les processus labyrinthiques non infectieux (ostéoporose du labyrinthe, hémorragies et embolies) pour passer ensuite à l'étude de la névrite acoustique dans ses différentes formes. Un chapitre spécial est consacré par B. à l'atrophie acoustique essentielle (genuine atrophie).

1° De la vieillesse et de l'artério-sclérose précoce.

2° Dans le tabès.

Viennent enfin les tumeurs du nerf acoustique et les traumatismes de l'oreille interne.

Un chapitre spécial est consacré aux troubles auditifs d'origine cérébrale ; un autre à la surdi-mutité. Après avoir étudié les affections de l'oreille au point de vue de la médecine légale, B. finit son traité par un chapitre consacré à la thérapeutique chirurgicale.

Il débute par la trépanation simple de l'apophyse mastoïde (opération de Schwartze). Je recommande particulièrement au lecteur les figures annexées à cette étude, surtout en ce qui concerne l'opération radicale ou évidement.

Un paragraphe spécial est consacré à la trépanation du labyrinthe (Jansen, 1896 ; Hinsberg, 1901 ; Neumann, 1904). Vient enfin le traitement chirurgical des complications intracraniennes : 1° Conduite à tenir dans la pachyméningite. 2° De la conduite à tenir dans la leptoméningite. 3° Dans l'abcès cérébral. 4° Dans la thrombose du sinus. Le point capital, dit Bœnninghaus, c'est de ne pas provoquer de nouveau danger (une nouvelle thrombose) en intervenant.

1° Existe-t-il une thrombose du sinus sigmoïde ? Il ne faut procéder qu'à l'ablation des masses ramollies et ne pas toucher au sinus : la nature se chargera de l'élimination des masses infectées, à la condition qu'on prépare une large voie à cette élimination. Si on enlève tout le thrombus, il se produit des hémorragies ; il faut tamponner et par conséquent attendre la formation d'un nouveau thrombus. Si le thrombus se prolonge jusqu'au bulbe, on lie la jugulaire et on aborde ensuite le bulbe sans danger.

2° S'il n'existe pas de thrombus apparent du sinus sigmoïde :

Si la ponction ne donne pas de résultat, c'est qu'il s'agit d'un thrombus solide ou d'une compression du sinus par une augmentation de la tension intracérébrale (abcès du cerveau, hydropisie ventriculaire).

Si la ponction ramène du sang, la question devient plus grave : il peut y avoir un thrombus pariétal que l'aiguille a perforé simplement.

Il peut exister une thrombose du bulbe de la jugulaire, en particulier lorsque la paroi du sinus est intacte. Seul, le thrombus obturant peut être décelé par la méthode de Whiting (1906). S'il n'y a pas de thrombose bulbaire, il ne faut pas, dit B., lier la jugulaire.

Toute cette thérapeutique, dit l'auteur, est problématique et très difficultueuse.

Le traité de B. est un des meilleurs que nous ayons eu l'occasion d'avoir entre les mains dans ces dernières années : sous un volume minime relativement, il contient tous les enseignements désirables ; le praticien y trouvera traitées toutes les questions nouvelles. Jusqu'ici nous étions obligés de chercher dans les revues spéciales certains renseignements de date récente. De plus, le traité de B. se lit facilement ; les points importants sont résumés en gros caractères, les figures sont nombreuses et très claires.

Maurice Bloch (de Paris).

VII. — **Contribution à l'anatomie pathologique de l'oreille dans la syphilis héréditaire**, par Asaï, de Kioto (Japon).

Cette étude est basée sur 14 examens de fœtus de 7, 8 et 9 mois, de mort-nés et de nouveau-nés de 1 et 2 mois.

En voici les conclusions :

1° Sur 20 temporaux appartenant à 14 cadavres de fœtus à partir de 7 mois et d'enfants jusqu'à 2 mois, dans un seul cas, on put constater à l'examen microscopique des altérations nettes du côté du labyrinthe.

2° Il est à remarquer que ni les parois vasculaires, ni les tissus environnants n'offrent les altérations de la syphilis, et qu'on ne trouve pas dans l'appareil auditif d'hémorragies pouvant se rapporter à l'hérédo-syphilis.

3° Des caillots récents qu'il n'est pas rare de rencontrer dans le conduit auditif interne, appartiennent aux lésions « post mortem ». Des lésions hémorragiques trouvées dans un seul cas, en même temps dans l'oreille moyenne et dans le labyrinthe sont, à n'en pas douter, conséquence de l'asphyxie. Il en résulte que les hémorragies dans le labyrinthe, que Baratoux a présentées comme le stigmate capital de l'hérédo-syphilis de l'appareil auditif, ne sont en réalité, que des lésions « post mortem » ou asphyxiques, ainsi que l'a démontré Siebenmann.

Chez un enfant de 3 mois furent constatées des lésions de pachyméningite et de labyrinthite récente. Mais même dans ce cas, on ne trouva pas d'altérations spécifiques des parois vasculaires permettant d'établir une filiation nette avec l'hérédo-syphilis.

4° L'hérédo-syphilis chez le fœtus et chez le jeune enfant ne prédispose en aucune manière aux inflammations de l'oreille moyenne.

5° D'après les études les plus récentes, les imperfections des organes, les arrêts de développement sont les stigmates les plus constants de l'hérédo-syphilis. Dans 25 °/₀ des cas étudiés, les constatations microscopiques des temporaux, ont montré les différentes parties de l'oreille moyenne et de l'oreille interne notablement moins développées que chez des fœtus sains à la même période de la grossesse.

Sur tous les produits hérédo-syphilitiques examinés, on constata les altérations caractéristiques viscérales ostéo-cartilagineuses,

ainsi que souvent les lésions cutanées, tandis que du côté de l'appareil auditif, il n'en fut constaté qu'une fois pendant la vie intra-utérine.

Ces notions s'accordent avec l'observation clinique d'après laquelle les manifestations de l'hérédo-syphilis sur l'appareil auditif sont relativement rares et ne se montrent qu'à la fin de la dixième année. DELOBEL (de Lille).

VIII. — **Du bégaiement, de la parole dans les fissures vélo-palatines, du zézaiement**, par Mme Emil BEHNKE.

Le bégaiement, défaut dans l'émission des consonnes, et le balbutiement, défaut dans l'émission des voyelles désignent certains troubles de la parole consistant dans la suspension spasmodique ou complète de l'action d'une partie ou de toutes les parties de l'appareil vocal, depuis le diaphragme jusqu'aux lèvres. Il peut y avoir coexistence des deux défauts chez un même sujet.

Qu'un bègue veuille dire pa, il aura une sorte de trismus et ne pourra dire en aucune façon la consonne p. S'il peut émettre b, p la voyelle suivra aisément. Chez le balbutieur, le phénomène est contraire : il émettra facilement la consonne qu'il répètera plusieurs fois sans pouvoir arriver à la faire suivre de la voyelle. Mais cette différenciation est rare et en général les deux défauts se confondent en un seul : le bégaiement.

Nombreuses sont les variétés des manifestations de ce trouble. Quelques bègues font d'atroces grimaces, contractant la bouche et les yeux, et font de tels efforts pour parler qu'ils en deviennent cramoisis. D'autres sortent la langue d'une façon démesurée, restent la bouche ouverte largement, les mains serrées comme s'ils allaient avoir des convulsions. D'autres fois c'est la langue et la tête qui sont portées de côté, c'est la tête qui est projetée en arrière. Chez d'autres c'est la salivation, ou la contraction des mâchoires qui domine la scène. Plusieurs émettent un son inarticulé, battent des pieds et des mains avec une force suffisante pour abattre un homme fort. D'autres enfin restent cois dans l'impossibilité d'émettre le moindre son. On pourrait citer encore de nombreuses formes des symptômes extérieurs du bégaiement, infirmité qui ferme bien des carrières et qu'il est nécessaire par conséquent de traiter.

CAUSES : (*a*) pathologiques, (*b*) mentales et (*c*) dues à un vice d'élocution.

a) Les affections de la bouche, de la gorge et du nez sont des premiers facteurs de cette infirmité : les végétations adénoïdes, les hypertrophies amygdaliennes, les amygdalites chroniques, l'hypertrophie de la luette, les malformations nasales avec polypes et déviations septales, les développements anormaux de la poitrine ont besoin d'être traités avant de commencer le traitement du bégaiement.

L'hérédité joue quelquefois un grand rôle dans la production du

bégaiement, hérédité directe ou par imitation dans une famille où il y a des bègues.

Le shock nerveux (frayeur, chagrin subit) l'épilepsie, l'hystérie, l'ataxie locomotrice sont des états morbides qui créent ou entretiennent ce trouble pathologique.

Quelques enfants bégaient du jour où ils commencent à aller à l'école : la timidité, la peur accentuent ou créent leur défaut de prononciation.

L'obstruction nasale ou rétro-nasale est une cause de bégaiement. On doit corriger par une gymnastique respiratoire appropriée tous les défauts créés par un mauvais fonctionnement des voies aériennes et l'on verra ainsi bien souvent disparaître des troubles de bégaiement.

b) Les causes mentales du bégaiement sont dues à la timidité, la crainte du ridicule, l'impatience, la colère, etc..

Une modification dans l'action des centres nerveux au moment de parler peut produire le bégaiement ; il s'agit alors d'un spasme. Pour que la parole soit parfaite il faut qu'il y ait une coopération harmonieuse des divers mécanismes de la respiration, de la phonation et de l'articulation ; tous phénomènes qui sont sous l'influence directe et immédiate du bulbe, région du cerveau où tous ces mécanismes sont situés. Le spasme peut apparaître dans ces zones nerveuses par suite d'un simple trouble de l'action moléculaire. Les centres respiratoires envoient leur action excitante aux muscles respirateurs par la voie des nerfs spinaux tels que les phréniques et les intercostaux. Cette influence nerveuse explique bien des faits dans la production du bégaiement, et de l'influence heureuse d'une bonne gymnastique respiratoire dans ces troubles phonatoires.

c) *Défauts d'élocution.* — La première cause du bégaiement est le manque de coordination entre les muscles respiratoires et les muscles vocaux. A cette cause viennent s'ajouter des phénomènes anatomiques tels que l'obstruction des voies rétro-nasales. La correction d'une mauvaise respiration doit être fait rigoureusement, car chez les bègues il y a insuffisance du développement et de l'expansion thoraciques. Dans un tableau très documenté Behnke donne les chiffres obtenus par une éducation respiratoire rationnelle : chaque malade a bénéficié du traitement au point de vue de l'augmentation de la capacité respiratoire et de la cage thoracique.

La guérison du bégaiement. — Cette affection est curable dans la généralité des cas sauf dans l'idiotie, la folie ou l'épilepsie.

Avant tout il faut une hygiène sévère ; pas d'alcool, pas de tabac ; le thé et le café seront pris à doses modérées. L'exercice de plein air est nécessaire ; le repos indispensable après le travail quotidien. L'hydrothérapie froide sera à conseiller.

Le traitement du trouble phonatoire varie selon les sujets. En général, l'auteur place le bègue sur une couche dans le décubitus dorsal, la tête élevée par un coussin et lui fait faire quelques mouvements du diaphragme. Puis elle lui fait épeler chaque lettre en

contractant le diaphragme avant l'émission et le relâchant au moment de l'attaque. Cette respiration diaphragmatique a une influence considérable sur l'émission de la voix, d'où la nécessité d'apprendre au malade à respirer plus lentement et plus fréquemment et à ne pas parler avec les poumons vides.

Exercices phonatoires. — Ils dépendent avant tout de l'action des muscles adducteurs ou muscles de fermeture des cordes vocales. Il faut apprendre au bègue à éduquer ces muscles, dont l'action nette et prompte produit la voix nette et puissante. D'où pour lui exercices du staccato qui ouvrent et ferment régulièrement la glotte. Il faut appliquer pareils exercices au voile du palais, aux lèvres et à la langue.

La généralité des bègues n'a pas de trouble phonatoire en chantant parce qu'il y a une suite continue de tons vocaux; les voyelles prédominent tandis que les consonnes sont légèrement touchées en passant. Il se produit tout le contraire dans la voix parlée : les voyelles sont passées rapidement tandis que les consonnes prédominent. Laissez le bègue exagérer ses voyelles aux dépens de ses consonnes.

Beaucoup de bègues n'éprouvent aucune difficulté en chuchotant : cela vient de ce que dans le chuchotement la glotte est ouverte, dans la phonation elle est fermée. L'air traverse la glotte ouverte sans empêchement ni obstacle. Il faut aussi permettre à certains bègues quelques remèdes spéciaux à quelques difficultés spéciales créées par une impossibilité matérielle à prononcer certaines lettres.

Un chapitre très court est consacré à l'action des muscles respiratoires vue aux rayons X. Cet examen confirme la théorie qui admet que le bégaiement est surtout causé par un manque de coordination entre les muscles respiratoires et les muscles vocaux.

Temps nécessaire pour la cure. — Il faut une moyenne de 9 semaines chez l'adulte; ce temps peut largement être diminué, à cause de la possibilité d'exercices et de contrôle personnels.

L'âge importe peu au succès de la cure : mais il vaut mieux commencer dès que l'enfant a conscience du travail à faire et des difficultés à vaincre. C'est vers 9 ans qu'on peut déjà espérer de bons résultats.

De la parole dans les fissures vélo-palatines. — Le traitement orthophonique est dans ces cas des plus difficiles à cause des conditions qui existent dans les voies nasales au-dessus de la fissure : il doit s'adresser aussi bien à la résonance de la voix qu'à l'articulation. Les exercices respiratoires sont indispensables et il faut surtout insister sur la respiration nasale, exercice difficile mais qui finit par être accepté par les malades. La nasalité du son dépend beaucoup de l'étendue de la fissure et seul un traitement chirurgical suivi plus tard d'exercices phonatoires peut donner un bon résultat. Dans le cas où il y a absence totale de voile du palais on peut avoir recours à un voile artificiel en caoutchouc mince flexible attaché à une petite plaque dentaire. Les résultats orthophoniques sont obtenus

d'autant plus rapidement que le sujet est plus jeune c'est-à-dire que l'opération a été faite plus tôt. Attendre que le sujet ait 14 ou 15 ans pour l'opérer est une faute dont se ressentira le traitement du trouble de la voix qui doit être commencé vers les 7 à 8 ans. Les progrès qu'a fait le traitement chirurgical dans les fissures vélo-palatines facilite un peu la tâche du professeur d'élocution. Celui-ci après un examen minutieux de la cavité buccale, de ses modifications, de sa conformation nouvelle pour ainsi dire, devra adapter la bouche, la langue, les joues à la prononciation correcte des lettres et des mots qui étaient prononcés d'une façon inintelligible à cause des malformations antérieures.

Le *zézaiement* est un défaut de prononciation de la lettre *s*, occasionné habituellement par une mauvaise position de la langue, ou quelquefois par une forme défectueuse du palais osseux. La brièveté du frein de la langue peut être aussi une cause. Une autre cause fréquente est la trop grande épaisseur et la trop grande largeur de la langue. Un traitement chirurgical contre le frein de la langue, un traitement orthophonique pour le reste font en général disparaître ces défauts.

Donc un principe essentiel réside dans l'étude de chaque individu et dans l'application à chacun non pas de règles générales, mais de règles s'adaptant à chaque cas spécial. Il faut s'armer de persévérance pour vaincre de mauvaises habitudes musculaires et en créer de nouvelles correctes et bonnes. Il faut faire chaque jour des exercices pendant des semaines, pour l'emporter sur les mouvements irréguliers, spasmodiques des différents muscles qui concourent à la respiration et à la vocalisation. H. Massier (de Nice).

IX. — **L'oreille, hygiène, maladies et traitement,** par Max Albert Legrand, médecin principal de la Marine en retraite (Bibliothèque Larousse. Paris, 1908).

Dans ce petit ouvrage de vulgarisation fort bien faite et véritablement scientifique, le grand public trouvera tout ce qu'il lui est utile de savoir sur la surdité, ses causes et son traitement. Il importe au plus haut point de répandre chez les gens du monde des connaissances rationnelles sur la pathologie de l'oreille, comme sur celle de l'œil. L'une est aussi importante que l'autre ; car la perte de l'ouïe, si elle frappe moins en apparence en tant qu'individualité, supprime du moins en grande partie la vie de relation et enlève l'individu à la société, perte infiniment sensible qui explique bien des irritabilités, bien des égoïsmes. L'auteur trace de la malheureuse situation des sourds un tableau humoristique, mais d'une fidélité absolue ; d'où il résulte que si le bon garçon, le « jovial » fait bon cœur à mauvaise fortune, il aurait souvent le droit de se plaindre comme le fait trop fréquemment celui « qui a mauvais caractère ». Les conseils que donne à ces malheureux infirmes le Dr Legrand sont empreints d'une philosophie élevée et néanmoins d'une nature essentiellement pratique. Il leur trace, en somme, un véritable curriculum vitæ

suivant leurs ressources pécuniaires et leur éducation antérieure. Il fait mieux encore. Il leur démontre avec un grand luxe d'arguments et une éloquence communicative la très grande utilité qu'il y aurait pour eux d'apprendre comme les sourds-muets à lire la parole sur les lèvres. Ainsi pourront-ils être rendus enfin à cette société dont la privation se faisait pour eux si cruellement sentir. Chemin faisant, l'écrivain fait un tableau peu flatteur, mais trop véridique hélas, du charlatan qui exploite l'infortune de ses semblables, du requin, comme il l'appelle en un terme de marine expressif, qui dévore sans vergogne le petit avoir de celui qui a eu l'imprudence de se confier à ses soins. Nous avons été surpris de voir avec quelle facilité le Dr Legrand avait su familiariser le lecteur non seulement avec l'étiologie, mais avec la technique du diagnostic et du traitement. On trouve exposées sur tous ces points des vues tout à fait modernes. Il est même parlé de l'éducation de l'oreille sourde par la méthode de Bezold, d'Urbantschitsch et de Marage. Finalement l'auteur faisant acte de foi dans les futurs progrès de la science, affirme que, même dans les cas aujourd'hui sans espoir, des méthodes nouvelles sauront plus tard apporter un soulagement inattendu. Acceptons-en l'augure. C. Chauveau.

X. — **Sur le cancer du larynx. Étiologie et symptomatologie**, par C. Biaggi (de Milan). (Brochure de 40 p. Fossati, 1908).

La cause efficiente est encore ignorée ; l'auteur passe en revue les théories parasitaires, embryogéniques et chimiques. Les causes occasionnelles ou déterminantes sont nombreuses : irritation (tabac, alcool, abus de la voix parlée et chantée), congestions dues au séjour dans un pays froid et humide, comme le bord de la mer (Fauvel), infection syphilitique, tuberculose, arthritisme ; les facteurs individuels sont l'âge (entre 40 et 70 ans), le sexe (masculin), la profession (inhalations de substances irritantes).

L'auteur a étudié la fréquence du cancer du larynx, dans le district de Milan (54, 74 pour 10.000 décès ; fréquence plus grande chez les paysans). Il passe ensuite à l'étude des symptômes : citons en particulier : la déglutition trachéale qu'il a observée assez fréquemment et qui n'est signalée par aucun auteur. Les autres symptômes sont trop connus pour que nous y insistions plus longuement.

Menier (de Figeac).

III. — REVUE DES THÈSES

I. — **Traitement de la sinusite maxillaire, par les lavages diaméatiques,** par L. Oudot (*Thèse de Paris*, 1908).

Prévenu du danger et partant de ce principe que toute intervention chirurgicale, si elle n'est absolument indispensable, est dangereuse parce qu'elle nécessite une anesthésie générale, chose toujours grave, Oudot ne recourra aux interventions sanglantes sur le sinus que lorsqu'une longue observation et l'emploi persévérant des autres modes de traitement lui auront donné la conviction que seule l'opération peut assurer la guérison du malade. L'auteur tient à placer bien en face du traitement chirurgical le traitement par les lavages et en particulier par la ponction transméatique. Il veut établir que dans la très grande majorité des cas, des lavages répétés et persévérants, combinés aux inhalations mentholées, doivent amener une guérison rapide des sinusites, que les interventions chirurgicales doivent être réservées pour le cas où le trocart transméatique et le traitement médical ayant échoué, il faut intervenir plus énergiquement et aller supprimer la cause même de la suppuration.

L'auteur rappelle les principales opérations employées pour la cure radicale de la sinusite maxillaire et les ramène à trois types : ouverture de la paroi nasale et établissement d'un drainage permanent par cette voie ; trépanation et curetage du sinus par la fosse canine et établissement d'un drainage pseudo-nasal, la voie buccale étant immédiatement fermée ; ouverture de la paroi antérieure du sinus, la voie buccale étant laissée ouverte. Oudot oppose à ces trois types opératoires employés de nos jours, les lavages sous toutes leurs formes : lavages par l'alvéole, lavages par l'orifice naturel, lavages par orifices artificiels et surtout lavages à la suite de ponctions pratiquées dans le méat inférieur.

Après avoir décrit les modes de lavage par la voie buccale et la voie endo-nasale, Oudot les rejette tous les deux et étudie la ponction faite à travers un orifice artificiel par le méat moyen et le méat inférieur, auquel il donne la préférence, la ponction par le méat moyen étant à peu près abandonnée de nos jours par tous les spécialistes.

Après une description aussi brève que possible du sinus maxillaire et du méat inférieur, l'auteur indique le point de la paroi nasale où l'on devra faire la ponction : c'est-à-dire dans un espace triangulaire situé à 4 centimètres de l'orifice narinaire, à 2 centimètres de la tête du cornet, à 1 centimètre de l'orifice du canal lacrymo-nasal, dans la partie la plus élevée du méat inférieur.

L'auteur recommande pour pratiquer les lavages par le méat inférieur : un spéculum de Palmer ou de Vacher, une aiguille droite de 0,10 centimètres de long et de 2 millimètres environ de diamètre

extérieur. Comme liquides à injecter il emploie l'eau bouillie tiède et n'en retient que trois à utiliser : l'eau bouillie simple ou la solution physiologique ; l'eau oxygénée à 12 volumes dans les sinusites à pus fétide ; le chlorure de zinc à 1/20 comme modification des tissus. Comme anesthésique, la cocaïne à 1/10.

L'auteur donne la technique de la ponction diaméatique, en indique les obstacles fréquents : déviation de la cloison hypertrophiée du cornet inférieur, le cloisonnement du sinus, la poussée de polypes muqueux.

Il divise ensuite en deux paragraphes les accidents que peut provoquer la ponction :

1° Les accidents de l'anesthésie ;

2° Les accidents dus à une faute opératoire : pénétration de la pointe de l'aiguille sous la muqueuse pituitaire, sans graves conséquences, le plus souvent, qui est due ordinairement au manque d'inclinaison en haut donnée à l'instrument : perforation de la paroi antérieure du sinus et pénétration de l'aiguille dans la fosse canine, accident très rare qui est du à une anomalie du sinus n'ayant d'inconvénient que si on injectait du liquide, ce qui provoquerait immédiatement, une infiltration œdémateuse de la face : La pointe de l'aiguille pénétrant trop profondément peut venir buter contre la paroi postérieure du sinus et déchirer la muqueuse, pénétrer dans la fosse ptérygo-maxillaire, blesser les vaisseaux et les nerfs qu'elle contient et même provoquer des abcès de cette région. On évitera cet accident si on limite à 5 cm. 1/2 au maximum le degré d'introduction de l'aiguille dans les fosses nasales et le sinus.

Il est absolument impossible en ponctionnant au point indiqué dans le méat inférieur d'atteindre la paroi orbitaire ou les cellules ethmoïdales postérieures. Mais la blessure du canal lacrymal est un accident fréquent de la ponction ; cette blessure, dans la majorité des cas, passe inaperçue et n'occasionne aucun accident fâcheux. Le seul reproche que l'on puisse adresser à la ponction est de nécessiter un traitement parfois assez long et toujours d'une durée indéterminée pour le spécialiste lui-même. Les avantages que présente la ponction diaméatique sur les autres procédés de lavages sont : la facilité de sa technique, l'excellence de la voie d'accès qui permet d'attaquer le sinus par sa partie déclive et de brasser ainsi en totalité son contenu.

Enfin, dernier avantage de la ponction par le méat inférieur, elle ne crée pas de communication entre la bouche et le sinus.

L'auteur se demande ensuite quand on doit faire ce lavage et dans quelle forme de sinusite il est utile : aiguë ou chronique.

Dans la forme aiguë, voici le traitement résumé : antisepsie buccale, extraction des dents, s'il y a lieu, en respectant l'alvéole, inhalation mentholée toutes les deux heures et lavages par la ponction diaméatique dès le début tous les jours, ou au moins tous les deux jours.

Dans la sinusite chronique d'origine dentaire ou d'origine nasale

aussi bien que dans l'empyème, la conduite du spécialiste devra toujours être la même au début : lavage systématique et persévérant de tout le sinus qui suppure, après avoir recherché la cause de la suppuration, bien entendu, et pris soin d'en faire disparaître la cause dentaire ou alvéolaire.

L'empyème reconnaît pour cause une sinusite frontale ou ethmoïdale ; c'est évidemment le sinus ou les cellules malades qu'il faudra traiter avant tout. En général, si au quinzième lavage on ne voit survenir aucune modification dans l'abondance et la nature du pus, on est autorisé alors à avoir recours à une opération plus radicale, c'est-à-dire à l'ablation des fongosités et des parties osseuses nécrosées, pour amener la guérison du malade. A. Grossard (de Paris).

II. — **La méthode de Bier dans les suppurations otitiques et mastoïdiennes**, par Paul Albert (*Thèse de Paris*, 1908).

C'est un fait établi depuis longtemps que tout organe, lorsqu'il se développe, lorsqu'il est le siège d'un processus inflammatoire quelconque se congestionne, s'hyperémie.

Bier a essayé de reproduire artificiellement cette hyperémie physiologique dans un but thérapeutique, suivant des modes variés et dans des affections très dissemblables.

Suivant des modes variés : l'auteur distingue en effet deux hyperémies, l'une *active*, artérielle, l'autre *passive*, veineuse.

Dans des affections très dissemblables : on peut dire qu'il n'est pas une région de notre corps, qu'il n'est pas une affection de notre organisme qui n'ait servi de champ d'expérience au traitement par l'hyperémie.

C'est en 1904 que furent traités par l'hyperémie passive les premiers cas d'otites suppurées.

L'auteur énumère les auristes qui s'occupèrent de la méthode de Bier et examine de plus près le rôle de la bande et celui de la ventouse.

Hyperémie par la bande.

L'appareil le plus simple est la bande de coton élastique que l'on trouve partout dans le commerce à bas prix ; elle doit avoir une largeur de 3 centimètres pour les adultes, de 2 centimètres pour les enfants ; la bande sera d'une longueur suffisante pour entourer le cou et à l'une de ses extrémités, on fixera un crochet, à l'autre une série de boucles, afin de pouvoir serrer et desserrer à volonté, augmenter ou diminuer la stase suivant les cas.

Règles à observer dans l'application de la bande.

Le siège : Au-dessous du larynx.

Protection des téguments par un morceau de feutre, une lame de gaze.

Œdème et coloration de la peau. La bande est bien appliquée lorsque le visage prend un aspect légèrement bouffi et une coloration bleu rougeâtre.

La durée de la stase : en moyenne dix-huit à vingt-deux heures par jour.

L'évacuation des collections purulentes : toute collection purulente sera ouverte aussitôt que possible.

Le repos au lit est absolument nécessaire, du moins dans la période aiguë.

La stase ne doit pas être douloureuse.

Accoutumance du malade à la stase : La bande appliquée au cou est désagréable les premières heures, mais l'accoutumance se fait très rapidement, le malade peut manger et dormir sans difficulté pendant les séances.

Contre-indication de la stase : *l'artério-sclérose* et l'*existence de végétations adénoïdes.*

Indications de la stase : tous les cas de suppurations d'oreilles simples ou graves, les otites aiguës banales et les otites compliquées de mastoïdite, et même enfin les cas chroniques.

D'après les documents recueillis par Paul Albert et conformément aux conclusions de Schwartze, l'auteur admet que :

1° Le traitement de l'otite moyenne aiguë avec ou sans mastoïdite, par la stase hyperémique n'est pas encore suffisamment connu pour qu'on puisse recommander au médecin de l'employer dans sa pratique.

La stase est dangereuse, car son application trop exclusive et trop confiante peut faire négliger une intervention chirurgicale nécessaire et opportune, ce qui peut être néfaste pour l'issue de la maladie.

On doit réserver aux examens minutieux faits dans les cliniques de maladies d'oreilles, de décider pour quelles formes d'otites et à quelles périodes de l'évolution de ces otites la stase est admissible avant l'emploi d'un traitement opératoire.

La stase semble particulièrement dangereuse dans les otites à streptocoques.

Il faut rejeter absolument toute tentative de stase chez les artério-scléreux et dans les cas de complications intracraniennes.

Dans les suppurations chroniques, la stase, d'après les résultats publiés jusqu'ici, paraît inutile et dangereuse.

Hyperémie par la ventouse.

Les appareils d'aspiration, les ventouses dans lesquelles on fait le vide, agissent en localisant l'hyperémie à la région malade et en évacuant le contenu des collections purulentes.

Dans les otites suppurées, les appareils dont on se sert sont de deux sortes :

Les uns recouvrent non seulement l'oreille et son pavillon, mais encore les parties avoisinantes et plus spécialement la région rétro-auriculaire : la force du vide est ainsi répartie sur une surface assez large. Le type de ce genre de ventouse est l'appareil de *Sondermann* dont Paul Albert donne la description ainsi que celui de *Leuver.*

L'auteur indique les règles concernant l'application des ventouses :

1° *Asepsie des téguments et stérilisation des appareils ;*
2° *Application de l'appareil ; ne doit jamais provoquer de douleurs ;*
3° *Production d'une hypérémie rose ou légèrement violacée ;*
4° *Évacuation des collections purulentes ;*
5° *Durée de l'aspiration.* Trois quarts d'heure par jour, au maximum, en plusieurs séances chacune de cinq minutes à peu près, et séparée de la suivante par un intervalle de trois minutes ;
6° *Pansements* secs antiseptiques.

Cette méthode est nettement avantageuse pour les furoncles du conduit dont elle fait disparaître rapidement les phénomènes douloureux. Les otites moyennes aiguës suppurées traitées par l'aspiration guériraient plus vite que celles traitées par les moyens habituels.

Certaines observations recueillies par l'auteur montrent l'influence analgésiante de l'aspiration dans un cas de furoncle et un cas d'otite moyenne suppurée chronique. Malgré ses avantages, la méthode étant d'une application difficile, l'aspiration apparaît à Paul Albert comme une méthode d'exception dont l'emploi le meilleur, étant donné son action analgésiante rapide, serait, peut-être, la furonculose du conduit.

Dans les mastoïdites l'application des ventouses ne peut que réussir à évacuer le pus de la caisse et des cellules mastoïdiennes, mais est impuissant à agir contre les lésions d'ostéite qui demandent un traitement plus énergique.

Dans les otites chroniques suppurées, de bons résultats ont été obtenus par l'application des ventouses. L'aspiration faciliterait l'assèchement rapide de la caisse et s'opposerait à l'adhérence des débris du tympan au promontoire. En résumé il est difficile, d'après Paul Albert, d'établir à l'heure qu'il est la valeur de l'aspiration comme traitement des affections suppurées de l'oreille, si l'on veut se baser sur les résultats des auteurs étrangers.

Et l'auteur ajoute que, d'après ses recherches, il ne croit pas pouvoir conclure que cette méthode puisse et doive entrer dans la pratique courante et dans le traitement quotidien des otites suppurées.

A. Grossard (de Paris).

III. — **Les pansinusites péri-orbitaires**, par Vaguou (Thèse de Lyon, 1908).

L'auteur montre tout d'abord quel étroit rapport existe entre la cavité orbitaire et les sinus.

Il est certain que les sinus sont des annexes des fosses nasales ; leur développement, leurs rapports anatomiques ne permettent aucun doute à cet égard. Mais le point sur lequel l'auteur attire l'attention est que fosses nasales et sinus forment autour de l'orbite un véritable système caverneux, qui affecte avec la cavité orbitaire une dépendance très intime et cela du fait de la mince lame osseuse de séparation, souvent déhiscente et du fait aussi des anastomoses de Volter qui relient les zones cranio-orbitaire et naso-faciale.

La clinique vérifie souvent cette conception d'un système périorbitaire, l'infection des fosses nasales ou d'un sinus entraînant dans nombre de cas la généralisation de cette infection primitivement localisée, à toutes les cavités périorbitaires. C'est cette infection totale des sinus périorbitaires qui est désignée sous le nom de pansinusite périorbitaire.

Au point de vue symptomatologique il faut distinguer des symptômes rhinologiques et des symptômes ophtalmologiques traduisant la réaction de l'infection du sinus sur l'orbite.

Comme signes rhinologiques ce sont les signes ordinaires des sinusites très intenses avec fréquence des phénomènes nerveux.

Comme signes oculaires, l'œdème palpébral, le chémosis, l'exophtalmie sont les plus fréquents, mais la diplopie, le strabisme l'amaurose partielle et totale, le rétrécissement du champ visuel, la photophobie, le larmoiement, la kératite, le myosis ou la mydriase, le blépharospasme, etc., se rencontrent souvent.

L'auteur signale comme pouvant compliquer les pansinusites, l'ostéomyélite du crâne, la méningite, la méningoencéphalite, l'abcès du cerveau, la trombophlébite des sinus, l'érysipèle de la face, des troubles mentaux, les névralgies de la V^e^ paire.

Le diagnostic est délicat et demande beaucoup d'attention, des examens répétés.

Les signes rhinologiques sont souvent peu marqués et ce sont les phénomènes oculaires, qui mettent dans bien des cas sur la voie du diagnostic.

Aussi les réactions orbito-oculaires doivent-elles être rattachées soigneusement à leur cause qui souvent passerait inaperçue.

Il faut distinguer des lésions orbitaires proprement dites (phlegmons), des lésions des annexes de l'œil (dacryocystite), des lésions de l'œil lui-même (iritis, névrite), enfin des troubles fonctionnels de cet organe.

Il s'agit donc d'une affection particulièremen grave par ses manifestations diverses, par ses complications et le traitement qu'elles comportent.

Pour fixer un traitement prophylactique, il nous manque actuellement une connaissance suffisante des causes prédisposantes et occasionnelles. Si bien que seul le traitement chirurgical curatif doit être envisagé. Bien que, divers auteurs tels que Luc, Goris, conseillent d'ouvrir chaque sinus dans une seule séance, d'ordinaire on procède par trépanations successives en choisissant le procédé d'après l'allure clinique de la pansinusite.

C'est ainsi qu'on emploiera le procédé Killian-Luc dans la forme descendante, celui de Insen-Furet dans la forme ascendante ; dans la variété ethmoïdale prédominante enfin, on fera l'orbitotomie interne associée ou non au drainage vestibulo-orbitaire de Rollet.

MOLARD (de Paris).

IV. — **Récidives et fausses récidives des mastoïdites**, par A. ILIÉ (Thèse de Paris, 1908).

L'auteur divise les récidives des mastoïdites en récidives vraies et fausses. Il appelle récidives vraies celles qui résultent d'une infection nouvelle n'ayant rien de commun avec l'infection primitive et qui se montrent dans une oreille revenue complètement *ad integrum*.

Ces sortes de récidives ont pour départ étiologique une infection du rhinopharynx propagée à l'oreille moyenne, le tissu cicatriciel dans l'antre ou l'espace mort qui peut exister sous la cicatrice constituent des terrains plus favorables à l'infection que le tissu osseux normal. La symptomatologie, le pronostic et le traitment de ces fausses mort ne diffèrent en rien de ceux des mastoïdites aiguës habituelles.

Quant aux fausses récidives, elles sont le résultat de manifestations d'une lésion latente, mais profonde et qu'on croyait guérie.

Dans ces fausses récidives, la guérison n'a jamais été réelle bien que, dans certains cas, plusieurs années se soient écoulées depuis l'infection initiale et la récidive. Témoin l'observation intéressante d'un petit malade qui a fait une fausse récidive six ans après la première mastoïdite.

Cette nouvelle mastoïdite a probablement eu pour cause des lésions réchauffées, un léger point d'ostéite et la suppuration s'est rétablie.

L'auteur accuse dans ces cas :

1° la persistance de l'otite avec ostéite des osselets ou ostéite pariétale ;

2° la présence de petits séquestres ;

3° les pansements mal faits ;

4° les corps étrangers restés dans la plaie opératoire ;

5° une opération insuffisante (Wilde, par exemple).

Ces fausses récidives s'accompagneraient moins de symptômes aigus ; leur pronostic est plus réservé à cause des lésions profondes. Elles deviendraient rares avec des interventions larges bien conduites et des pansements bien faits. Leur traitement est le nettoyage de la plaie à la curette et presque toujours un évidement pétro-mastoïdien.

C. Bassim.

V. — **La tuberculose galopante des amygdales**, par R. Malterre (Thèse de Paris, 1908).

L'auteur décrit trois formes cliniques aux ulcérations tuberculeuses de l'amygdale :

Une forme primitive, limitée à l'amygdale et y évoluant sans que nul signe de bacillose d'une autre région de l'organisme puisse être constatée et la faire considérer comme lésion secondaire.

Une forme secondaire, tuberculose ulcéreuse chronique de l'amygdale à symptômes peu marqués, à évolution progressive et sans réaction intense.

Enfin une forme galopante que l'on pourrait considérer comme une transformation de la tuberculose secondaire de l'amygdale, profondément modifiée dans son évolution qui dans le cas particulier est particulièrement rapide. La loge amygdalienne se trouve évidée

en quelques jours par le processus ulcératif, qui entraîne une vive réaction fonctionnelle et un état général du malade rapidement plus mauvais.

Ici, comme dans la phtisie pulmonaire, les périodes sont raccourcies et l'affection mérite le nom de tuberculose galopante des amygdales. MOLARD (de Paris).

VI. — **Sur la constitution morphologique du sang chez les adénoïdiens et sur les modifications de la constitution du sang et de la circulation chez les chiens dont le nez est tamponné**, par CHAPIRO (Thèse de Moscou, 1907).

Le nombre relatif des globules rouges chez les adénoïdiens est diminué comparativement à celui qui existe chez les enfants normaux, tandis que la proportion d'hémoglobine contenue dans les globules ne sont pas des limites normales. Le nombre de leucocytes dépasse notablement la normale. Après l'opération, ce nombre diminue beaucoup déjà au bout d'un mois.

Le nombre relatif de neutrophiles est également augmenté.

Le nombre des éosinophiles ne dépasse pas la normale.

Après une oblitération prolongée du nez chez les jeunes chiens, on trouve à l'autopsie de l'emphysème. En même temps il y a une notable augmentation du nombre d'érythrocytes et de leucocytes ainsi que de l'hémoglobine dans le sang.

Après le tamponnement complet du nez chez des chiens adultes la fréquence des mouvements respiratoires est diminuée, tandis que l'amplitude des mouvements respiratoires est augmentée ; la pression dans la trachée est également augmentée. Au point de vue de la circulation, on observe que la pression artérielle est partout augmentée, de même que la pression dans les veines périphériques. Au contraire, la pression dans le ventricule droit et à l'embouchure des veines est diminuée.

Si on ne fait le tamponnement que d'un seul côté du nez, on n'observe chez l'animal aucune modification dans la circulation et dans la respiration. Tous les symptômes décrits trouvent leur explication dans l'insuffisance d'accès de l'air atmosphérique dans les poumons. M. DE KERVILY (de Paris).

IV. — NOTES DE LECTURES

I. — **Les maladies des cavités accessoires du nez dans la scarlatine**, par Gustave Killian (*Zeits. f. Ohrenh. u. f. d. Krankh. d. Luftw.*, LVI, Bd., 3 hft., sept. 1908, pp. 189-224).

L'auteur eut l'occasion d'observer deux cas de scarlatine chez un garçon de 11 ans et un autre de 6 ans qui présentèrent des complications du côté de leurs sinus. Le premier, au 8e jour de sa scarlatine, se plaignit de fortes douleurs frontales après avoir présenté depuis quelques jours un état de torpeur. La région frontale était très sensible à la pression, légèrement gonflée, ainsi que la paupière supérieure gauche. Le lendemain commencent des phénomènes de pyohémie, différentes jointures se prennent, tandis que le gonflement du front diminue. Dans les sécrétions nasales, on trouve des streptocoques, un peu d'albumine dans les urines. Le 12e jour, obnubilation, état délirant, le 13e, pouls et respiration accélérés ; abdomen tendu, un peu gonflé, moins d'obnubilation, incontinence d'urine. Le 14e, pouls faible, petit, fréquent, respiration irrégulière et accélérée, râles dans les deux poumons. Gonflement fluctuant sur le dos de la main gauche : incision livre passage à du pus contenant des streptocoques. Vomissements. Fort gonflement du genou contenant du pus séro-muqueux avec streptocoques. Pouls mauvais. Administration de camphre, infusion de chlorure de sodium, sérum antistreptococcique. Le 15e jour, exitus. Autopsie : suppuration du sinus frontal gauche. Leptoméningite purulente circonscrite droite. *Thrombo-phlébite purulente du sinus longitudinal.* Gonflement des amygdales. Abcès du sommet droit. Pleurésie fibrineuse récente bilatérale. Gonflement de la rate. Néphrite hémorragique. Polyarthrite purulente. Dans le pus du sinus frontal gauche, abondants streptocoques et des bâtonnets non-colorables au Gramm.

Dans le deuxième cas, il s'agissait d'un garçon de 6 ans atteint d'une forme d'intensité moyenne et compliquée de diphtérie pharyngienne. Le 12e jour apparut un gonflement œdémateux dans l'angle supéro-interne de l'œil gauche s'étendant aux deux paupières. Le globe de l'œil était légèrement proéminent. La région propre du sinus frontal n'était pas nettement gonflée. Dans la région œdémateuse, l'enfant éprouvait spontanément et surtout à la pression une douleur violente. La fièvre qui, auparavant, était d'environ 38°5, devint, avec ces transformations, très élevée et l'enfant se montra pleurnichard et chagrin, tandis que sa conscience s'obnubila. Le 13e jour, la fièvre était de 40°. La narine gauche était fortement gonflée et contenait du pus. Il y avait aussi un peu de pus à droite. L'état général faisait soupçonner une complication endo-cranienne au début. L'abdomen était rétracté et à l'auscultation du cœur, on entendait à la pointe un souffle systolique. La joue gauche était aussi un peu gonflée et sensible à la pression. Dans ce cas, l'auteur intervint par la voie cutanée, réséqua l'apophyse frontale du maxillaire supérieur, ouvrit les cellules ethmoïdales antérieures et le

sinus frontal par en bas ; celui-ci était petit, à peine de la grosseur d'un haricot et situé dans la base de l'os frontal.

Sa muqueuse était peu malade. L'auteur réséqua sa petite paroi antérieure.

Dans les cellules ethmoïdales, la muqueuse était partout hyperhémiée et épaissie et il y avait un peu de pus. Tout le labyrinthe ethmoïdal fut évacué en allant de cellule à cellule et mise en large communication avec le nez. Tout à fait dans la profondeur, l'auteur put ouvrir un petit sinus sphénoïdal contenant un peu de muco-pus. Puis il ouvrit par la fosse canine le sinus maxillaire du même côté où il s'écoula une grande quantité de muco-pus. Il s'agissait donc là du principal foyer infectieux. Un drain y fut introduit et dans la plaie ethmoïdale une lanière de gaze, les plaies étant laissées largement ouvertes. Après 8 jours, la température redevint à peu près normale et l'enfant fit une bonne guérison malgré une double otite moyenne aiguë qui survint le 28e jour de la maladie avec élévation de la température.

Puis l'auteur rapporte 4 cas intéressants se rapportant à ce sujet et qu'il retrouva dans ses fiches. Les 4 furent opérés et guérirent. Suivent 21 cas trouvés dans la littérature parmi lesquels nous relevons 17 opérés et guéris, 2 opérés morts, 1 non opéré et mort et 1 dont le résultat final est inconnu.

A ce matériel clinique, il ajoute 7 extraits d'autopsies de divers anatomo-pathologistes.

Dans les considérations que développe l'auteur à la suite de ces observations, il fait remarquer que, quoique la scarlatine soit une maladie si bien connue, les descriptions de cette maladie, même les plus détaillées, ne disent pas un mot sur la participation des cavités accessoires du nez. Comme il n'est pas du tout rare que les sinus soient affectés dans le simple coryza aigu et comme cette participation est particulièrement fréquente dans les maladies infectieuses, en général, on doit, *a priori*, s'attendre à la rencontrer dans les coryzas de la scarlatine. Killian, sans pouvoir donner de pourcentage, dit que vraisemblablement le sinus maxillaire et le labyrinthe ethmoïdal sont souvent atteints à un faible degré et il est d'avis que l'inflammation débute dans les premiers jours de l'infection, même dans les cas où la sinusite, au bout d'un certain nombre de jours, avait amené des complications (extériorisation, envahissement de l'orbite ou de l'endocrâne, etc.). Dans les cas non-compliqués, les transformations inflammatoires de la muqueuse des sinus n'offrent rien de particulier qui puisse les faire distinguer des transformations que l'on trouve dans les sinusites des autres maladies infectieuses. Il est plus que probable que c'est l'agent causal (encore inconnu) de la scarlatine qui produit la sinusite, mais qu'il disparaît devant l'invasion des agents secondaires d'infection qui finissent par dominer la scène. Ce sont les microbes pyogènes habituels.

Cependant, ce sont les streptocoques qui semblent à l'auteur jouer le principal rôle ; en seconde ligne, viennent les staphylocoques. Le degré de l'inflammation dépend apparemment de la virulence de ces agents.

Tant que l'inflammation de la muqueuse des sinus ne s'étend pas au voisinage, elle ne produit que de minimes symptômes, mais il est difficile de les déterminer car ils se perdent dans le complexus symptomatique de la scarlatine. Tant que le sensorium d'un scarlatineux reste à peu près libre, on doit s'attendre à ce qu'il ressente des douleurs spontanées dans la région d'un sinus maxillaire ou ethmoïdal enflammé, ou bien au moins qu'une compression locale les suscite. Jusqu'à présent l'attention des cliniciens ne s'est pas portée sur ces symptômes qui, sûrement, doivent se manifester chez les plus grands enfants dont le sinus frontal existe déjà. Les élévations de température ne pourront sans doute pas s'observer au milieu de l'état fébrile général, par contre à l'intérieur du nez doivent se montrer des gonflements et des sécrétions anormales. Par égard aux malades, en général, l'exploration doit se réduire à une simple inspection, et on pourra essayer la diaphanoscopie et surtout la radioscopie.

La majorité des inflammations simples des sinus dans la scarlatine guérissent spontanément. Dans de rares cas seulement le processus se prolonge et devient chronique. Les inflammations *compliquées* (ce que l'auteur avait nommé autrefois « sinusitis exulcerans atque abscedens ») commencent habituellement de la même façon que les inflammations simples, et ce n'est qu'au bout d'un certain temps qu'elles montrent une tendance à se compliquer.

La complication se manifeste généralement par l'apparition d'un gonflement œdémateux de la peau correspondant au sinus affecté, symptôme qui s'accompagne de fièvre et de douleurs. L'œdème peut se montrer déjà dans les premiers temps de la scarlatine. Dans la casuistique de l'auteur, son apparition se fit deux fois le troisième jour et une fois le quatrième, le cinquième et le sixième jour respectivement ; elle est plus fréquente dans la deuxième (6 fois) et la troisième semaine (huit fois). A cela s'ajoutent cinq autres cas où l'apparition de l'œdème est indiquée la deuxième et la troisième semaine, deux fois la quatrième. On voit donc que l'œdème peut apparaître après le déclin de la période exanthémateuse à forte fièvre. La température peut être tombée et même après avoir été normale déjà depuis plusieurs jours et même depuis une ou deux semaines.

Le gonflement œdémateux apparaît généralement rapidement et atteint un certain degré où il demeure stationnaire. Il devient surtout très prononcé si le processus tend dans la profondeur à la suppuration. Il est habituellement unilatéral, à gauche plus fréquent qu'à droite (dix fois contre sept), souvent cependant bilatéral (dans un cinquième des cas). Les parties gonflées sont, pour la plupart, douloureuses spontanément et à la pression ; elles peuvent aussi être absolument indolores.

Le siège de l'œdème est presque toujours la partie interne de la paupière supérieure et de l'angle supéro-interne de l'orbite. Aussi la participation de la paupière inférieure est fréquente (dans un tiers des cas)

Le gonflement peut s'étendre en haut et en dedans à la région du rebord orbitaire. Aussi toute la région du sinus frontal peut être

gonflée seule ou participer au gonflement des paupières. Dans l'œdème bilatéral de cette nature, le gonflement s'étale à travers le front et la racine du nez d'un côté à l'autre. L'exophtalmie est rarement observée. L'œil était légèrement proéminent, deux fois refoulé en bas et en dehors ; une fois il y eut de la diplopie.

Une étude attentive de ses cas a montré à l'auteur que l'œdème est foncièrememt régionnaire. Ainsi le gonflement de la paupière supérieure à sa partie interne et de l'angle interne de l'orbite se voit dans la sinusite ethmoïdale et il est si fréquent parce que chez les jeunes enfants, de tous les sinus supérieurs, il n'y a que le labyrinthe ethmoïdal qui se soit bien développé. A cette époque de la vie, les sinus frontaux ne forment qu'une petite cavité accessoire antérieure du labyrinthe ethmoïdal et ne jouent aucun rôle spécial. Si les sinus frontaux sont enflammés dans une étendue notable, l'œdème se voit, correspondant à leur position anatomique, sur la base de l'os frontal, et, quand les cavités sont grandes, en avant sur le front sur la région propre du sinus. L'exophtalmie ne se produit que lorsque les cellules ethmoïdales postérieures sont fortement enflammées, car la partie postérieure de la lame papyracée se trouve derrière le globe. Un fort gonflement sur toute la surface de la lame refoule le globe en bas et en dehors. Le sinus sphénoïdal est encore si peu développé chez les petits et même chez les grands enfants, qu'il joue rarement dans tout le tableau symptomatique un rôle appréciable.

Par contre, les sinus maxillaires entrent en considération ; ils causent apparemment le gonflement de la paupière inférieure et à l'occasion aussi celui de la joue. C'est sur sa mince paroi orbitaire que se produit le plus facilement l'œdème.

Quand la sinusite se complique pendant la première semaine de la scarlatine, elle fait monter la température, de même que pendant la deuxième semaine ou plus tard, après la chute de cette dernière, où elle atteint 39,5 et 40°. L'auteur laisse pendante la question à savoir si une élévation de température peut faire défaut dans les cas tardifs et à marche lente.

Un important symptôme est la suppuration nasale qui est habituellement très marquée dans les sinusites compliquées. Il y a des cas, cependant, où elle peut être très minime et ne pas se voir. L'auteur croit invraisemblable qu'elle puisse échapper à un examen rhinoscopique attentif. En tout cas, on trouvera toujours une forte inflammation et gonflement de la muqueuse.

Tous les symptômes sus-nommés restent stationnaires pendant quelques jours et même plus longtemps ; pourtant observe-t-on parfois une disparition subite de l'œdème. *Ceci peut même se produire pendant que l'inflammation continue dans la profondeur.* Dans quelques cas l'œdème disparut pour bientôt revenir. Dans environ la moitié des cas, il se produisit un abcès sous-périosté. Celui-ci peut se produire une, deux, trois et même plusieurs semaines après l'apparition de l'œdème. On n'observa qu'une fois l'ouverture spontanée de l'abcès. Dans tous les autres cas, on fit une incision. Les abcès

siégeaient exactement au niveau du point où l'os fut trouvé malade. Dans 5 cas sur 11, le pus s'était formé sur la lame papyracée, 3 fois sur la paroi antérieure de l'os frontal, une fois sur la paroi inférieure de ce même os, une fois sur le toit du sinus maxillaire.

Après l'ouverture spontanée ou l'incision, la suppuration persiste et il se forme une fistule qui ne peut se guérir tant qu'il reste de l'os malade dans la profondeur. Les inflammations scarlatineuses des sinus ont une grande tendance à produire de la carie ; celle-ci n'est pas seulement fréquente, mais étendue. Elle se produit aussi bien sur les parois internes, celles qui limitent l'endocrâne, que sur les parois externes, et l'œdème peut se manifester dans l'espace sous-duremérien sous la forme d'une méningite séreuse avec les symptômes : vomissement, obnubilation, crampes, etc. Mais si le processus continue sans détente et surtout sans opération, la méningite séreuse peut devenir purulente.

L'auteur craignit souvent une thrombose du sinus caverneux dans les cas où, à l'œdème des paupières, s'ajoutait de l'exophtalmie, mais les suites montrèrent que ces craintes n'étaient pas justifiées. Chez l'enfant le sinus sphénoïdal est trop étroit et ses parois sont trop épaisses pour que l'infection puisse facilement gagner le sinus caverneux.

L'auteur est très en faveur de la radioscopie faite d'arrière en avant pour déterminer l'état des sinus maxillaire et ethmoïdal ; elle nous informe non seulement si ces sinus sont malades, mais surtout elle nous éclaire sur l'existence, la grandeur et l'état du sinus frontal, ce qui est d'une très grande importance. La ponction lombaire est très utile pour diagnostiquer une méningite et pour déterminer si elle est séreuse ou purulente.

Le pronostic est en général bon ; il est cependant plus mauvais pour les sinusites frontales que pour les autres sinusites. Des 4 enfants qui sont morts des suites de leur sinusite scarlatineuse, chez 3, c'est le sinus frontal qui était en cause.

C'est seulement dans les cas légers que l'on doit temporiser. On peut employer la diaphorèse et le sérum antistreptococcique ainsi que le bain de lumière, pour la tête, de Brünings. Le traitement chirurgical peut être intra ou extra-nasal. La méthode intra-nasale, qui consiste en la ponction du sinus maxillaire et l'ouverture du sinus ethmoïdal, ne peut venir en ligne de compte que dans des cas tout à fait spéciaux et ne devrait être choisie qu'exceptionnellement lorsqu'on suppose l'existence d'une sinusite frontale.

Dans la majorité des cas, il faudra recourir à la méthode externe. Dans la narcose, on fait une incision en arc de cercle qui court au-dessus ou au-dessous des sourcils et qui descend au milieu de l'apophyse frontale du maxillaire supérieur, jusqu'au niveau du bord inférieur de l'os propre du nez. On ne fait pas l'incision dans les sourcils mêmes, car la plaie doit rester ouverte pendant un certain temps. Après rugination du périoste, on résèque l'apophyse frontale du maxillaire supérieur. Nous tombons alors directement sur les cellules ethmoïdales et pénétrons par en bas dans le sinus frontal,

ce qui suffit quand ce sinus est petit. Pour les grands sinus frontaux à part la paroi inférieure, on réséquera aussi la paroi antérirure laissant en place le rebord orbitaire. Si l'on soupçonne une propagation à travers la paroi postérieure, on doit réséquer cette dernière et mettre à nu la dure-mère. S'il existe des symptômes méningitiques, on doit fendre la dure-mère. Dans ce cas, la ponction lombaire peut avoir une grande valeur thérapeutique. En cas de symptômes pyohémiques, on ne doit pas reculer devant la mise à nu du sinus longitudinal, le ponctionner et, si c'est nécessaire, le fendre et enlever les caillots.

Les affections du sinus maxillaire ne nécessitent pas, en général, une intervention radicale, mais on doit faire dans la fosse canine une ouverture suffisamment large pour pouvoir inspecter le sinus et examiner l'état de la muqueuse. Des lavages réguliers amènent rapidement la guérison.

On ouvre les cellules ethmoïdales les unes après les autres, on les curette, on enlève l'os malade, et quand c'est possible, on ouvre la petite cellule sphénoïdale. Dans la plaie, on tasse légèrement des bandelettes de gaze et on couvre avec un pansement humide. La plaie cutanée se ferme petit à petit, spontanément; plus tard, on peut l'aider avec une suture ou une bandelette adhésive. Après l'opération la fièvre tombe habituellement rapidement et les enfants se remettent vite, si toutefois il n'intervient pas d'autres complications du côté des oreilles ou des reins. C.-J. Koenig (de Paris).

II. — **La formule hématologique au cours des affections de l'oreille et de leurs complications.** Compte rendu synthétique par G. Ostonio, médecin militaire principal à Florence (*Internationales Zentralblatt für Ohrenheilkunde*, n° 3, décembre 1908).

Dans ces dernières années, les médecins aussi bien que les chirurgiens ont beaucoup écrit au sujet de la formule hématologique. Pour certains auteurs, l'hématologie est incapable de rendre le moindre service, d'autres prétendent qu'elle suffit à elle seule pour poser un diagnostic; la plupart pensent avec Tuffier qu'elle peut rendre des services à la chirurgie sans toutefois se substituer complètement aux données cliniques.

La première publication sur la formule leucocytaire date de 1906 (Thèse de Wicart). D'après cet observateur, le nombre des leucocytes atteint 6000-10.000 avec 70 °/₀ de polynucléaires dans l'otite moyenne, 10.000-12.000 avec 72 °/₀ de polynucléaires dans la mastoïdite, 20.000-25.000 avec 92-95 °/₀ de polynucléaires dans la thrombophlébite, 20.000-25.000 avec 94 °/₀ de polynucléaires dans la méningite, 35.000-60.000 avec 92-95 °/₀ de polynucléaires dans la méningite diffuse, 20.000 avec 88-90 °/₀ de polynucléaires dans l'abcès cérébral encapsulé.

Lermoyez attribue une grande importance à l'étude des polynucléaires du liquide encéphalo-rachidien, pour le diagnostic différentiel, entre la méningite purulente avec bactéries et la méningite

purulente sans bactéries (Vidal, Lemierre) : dans la première affection, on observe des polynucléaires intacts, dans la seconde leurs formes de dégénérescence caractérisant les globules de pus. L'inflammation purulente des méninges sans bactérie est de courte durée, guérit spontanément et par conséquent toute intervention est contre-indiquée dans ce cas.

Moure et Delsaux pratiquent la numération des globules blancs, mais sont d'avis que le diagnostic doit avoir également pour base les données fournies par l'examen clinique.

D'après S. Wicle, dans les cas douteux de mastoïdite, l'examen du sang peut avoir une grande importance : en dessous de 77 % de polynucléaires neutrophiles, complication improbable, vraisemblable au contraire si leur pourcentage se maintient au-dessus de 86 %. Les lésions sont d'autant plus étendues que les neutroptiles sont plus abondants. On pourra pronostiquer une amélioration si on observe une diminution du nombre des neutrophiles, par contre un abaissement de la leucocytose absolue, sans diminution correspondante du nombre des neutrophiles, ce qui s'observe spécialement chez l'enfant, est d'un mauvais pronostic, il a pour signification une diminution de résistance de l'organisme, ce qui constitue une indication d'intervenir.

Au cours de l'otite moyenne purulente chronique, surtout quand il y a rétention, on observe dans 25 % des cas une légère augmentation du nombre des neutrophiles. Quant aux abcès cérébraux, de même que les foyers purulents des autres parties du corps, rarement ils provoquent une forte leucocytose qui, par contre, est très élevée (20.000-60.000) dans la méningite purulente.

Mac Kernon pense que dans les affections suppurées du crâne, la leucocytose nous renseigne surtout sur la résistance du sujet.

Au Congrès oto-rhino-laryngologique belge (juin 1908), Phallos conclut que : mastoïdite, abcès extra-dural, abcès cérébral ou cérébelleux provoquent une très forte leucocytose, mais qu'il est impossible de différencier ces diverses affections par un simple examen hématologique. Une leucocytose très accentuée nous autorise à penser à la thrombophlébite quand l'examen du liquide encéphalo-rachidien est négatif, à la méningite diffuse s'il est positif; cependant on possède encore peu d'observations à ce sujet et il est désirable que l'on continue à travailler cette question.

Dans la thrombophlébite, Cheval a observé une altération de la forme des éléments figurés du sang. Les données fournies par l'examen hématologique sont à elles seules une base insuffisante pour poser un diagnostic.

Au XII[e] Congrès oto-rhino-laryngologique italien, Solaro expose que l'examen hématologique complet (leucocytose absolue, formule leucocytaire, présence de sudanophiles) a, sans conteste, une grande valeur pratique pour le diagnostic précoce de suppurations profondes qui ne pourraient être dépistées par un autre moyen, parce que malgré leur étendue et leur gravité, elles ne présentent aucun symptôme, soit objectif, soit fonctionnel.

Caldera, dans une série de cas d'otites moyennes purulentes aiguës et chroniques, compliquées de mastoïdite, a pratiqué des examens du sang avant et après l'opération ; indépendamment d'une leucocytose plus ou moins forte, il a observé que le jour de l'intervention, le nombre des neutrophiles augmente, pour diminuer ensuite progressivement, abstraction faite de quelques légères augmentations ultérieures qui doivent être attribuées à l'ingestion d'aliments. Cette marche est d'un excellent pronostic ; il s'assombrirait par contre si l'on observait une augmentation progressive et continue du nombre des leucocytes. Immédiatement après l'opération, abstraction faite de l'influence d'une forte hémorragie, l'examen du sang révèle une notable augmentation du nombre des érythrocytes ; ultérieurement leur pourcentage est ramené à la normale. Le contraire implique un pronostic défavorable.

A la séance du 8 juin 1906 de l'Académie de médecine de Turin, Cesaris-Demel parle de l'examen du sang pratiqué au cours des affections suppurées. Il a trouvé dans le torrent circulatoire des leucocytes en dégénérescence graisseuse, identiques aux globules de pus. On ne les observe que lorsque le processus suppuré est localisé.

Torri a observé des leucocytes en dégénérescence graisseuse dans les infections et les intoxications.

Quarelli et Brettino ont trouvé des transitions entre les leucocytes en dégénérescence graisseuse et les corpuscules de pus ; ils attribuent grande importance au pourcentage des sudanophiles.

Biondi et Calassi ont constaté l'existence de sudanophiles chez des animaux intoxiqués par l'antimoine, ainsi que chez des ouvriers occupés dans des fabriques d'antimoine.

Jousset et Troisier ont vu dans le sang normal des leucocytes avec globules graisseux ; ils ne les considèrent pas comme des éléments dégénérés, mais au contraire doués d'une plus grande activité physiologique.

Dans le domaine de l'otiatrie, Bruzzoni et Quarelli arrivent aux conclusions suivantes : quand, à l'examen du sang, on trouve des globules de pus, ou plus de 43 °/₀ de sudanophiles, l'opération permet toujours de découvrir un foyer purulent ; tandis que dans l'otite moyenne purulente aiguë sans rétention, de même que dans l'otite moyenne purulente chronique, à moins qu'elle ne soit compliquée de mastoïdite, on ne peut déceler dans le sang de globules de pus.

Le nombre des sudanophiles varie entre 40 °/₀ (mastoïdite simple) et 65-80 °/₀ (abcès du cou, abcès extradural, méningite). Il y a peu de globules de pus dans la mastoïdite simple, beaucoup dans la mastoïdite compliquée.

Par la présence de sudanophiles on peut poser le diagnostic différentiel entre la méningite suppurée et la méningite tuberculeuse, au cours de laquelle on rencontre beaucoup moins de sudanophiles (10-15 °/₀ seulement d'après Michele). THYS (de Liège).

V. — ANALYSES

I. — OREILLES

Un cas rare de tératologie auriculaire, par G. Vadacca (*Arch. d'otologia de Gradenigo*, vol. XIX, 1908, p. 135 et suiv.).

Chez un nouveau-né, le pavillon de l'oreille droite est implanté un peu au-dessus de l'angle de la mâchoire et divisé en trois segments chez lesquels on retrouve en grande partie, mais avec des altérations, certaines particularités des cartilages auriculaires et du conduit auditif externe. L'oreille moyenne dans la position qu'elle devrait occuper normalement paraît manquer, ce qui conduit l'auteur à douter de l'existence de l'appareil auditif de ce côté. Massier (de Nice).

Sur deux points dans le développement de l'oreille moyenne et de son contenu, par Thomas Guthrie (*The Journal of Laryngology*, octobre 1908).

Les rapports que, à la période initiale de développement, l'extrémité proximale du cartilage de Meckel affecte avec la tête du marteau sont bien connus. Reichert, Parker, Balfour et d'autres prétendaient qu'au cours des dernières phases de la vie foetale, tandis que la partie distale du cartilage de Meckel s'atrophie et disparaît, la portion proximale s'ossifie et persiste sous forme de l'apophyse longue du marteau.

Ces idées sur l'origine de cette apophyse ont reçu la sanction générale, tout au moins en Angleterre. Mais d'autre part, Meckel lui-même soutenait que l'apophyse longue se développait comme un os indépendant ; cette manière de voir était partagée par d'autres anatomistes et notamment par Broman qui a fait une étude détaillée sur le développement des osselets de l'ouïe.

L'auteur a entrepris des recherches sur la même question, à l'aide de coupes microscopiques sériées des temporaux de fœtus à différents stades de développement.

De son étude, le Dr Guthrie tire les conclusions suivantes :

Au début, l'apophyse longue est entièrement séparée du marteau. Elle apparaît environ à la fin du 2e mois de la vie intra-utérine par un point chondro-osseux en forme de baguette qui est situé au-dessous et un peu en dedans de l'extrémité proximale du cartilage de Meckel. A cet âge, le marteau est entièrement cartilagineux. L'extrémité proximale de la baguette, après avoir atteint le marteau s'applique contre lui au-dessus du col d'où part l'ossification.

Finalement, une union osseuse directe a lieu entre l'apophyse et le marteau. Le cartilage de Meckel est d'abord fixé à la partie tout à fait supérieure du marteau, mais par suite de l'accroissement relativement rapide de la tête de ce dernier, le point d'attache du

cartilage s'abaisse graduellement jusqu'au col. A la fin de la vie intra-utérine, l'extrémité proximale du cartilage s'affaisse et s'atrophie et se perd finalement dans le ligament antérieur du marteau. Aucune de ses parties ne subit d'ossification. D'autre part, l'apophyse longue est bien développée et forme un trait caractéristique du marteau pendant la seconde moitié de la vie intra-utérine et même longtemps après. Mais chez l'adulte, l'apophyse se trouve être sidparue en grande partie et n'y est représentée que part une petite proéminence sur le bord antérieur du col du marteau.

L'auteur décrit ensuite le processus par lequel la cavité de l'oreille moyenne se développe aux dépens du tissu gélatineux embryonnaire qui remplit au commencement la plus grande partie de la fente de l'oreille moyenne[1]. A la période initiale de la vie intra-utérine, la cavité tubo-tympanique s'étend seulement à la partie inférieure du tympan, le reste de la fente étant occupé par du tissu gélatineux. Au fur et à mesure du développement, la cavité s'agrandit graduellement. Une poche se forme entre le manche du marteau et la longue apophyse de l'enclume. Cette poche se divise ultérieurement en deux plus petites dont une passe en arrière et une en avant de la tête de l'étrier, tandis qu'un troisième diverticule provenant également du sac principal passe en avant du tendon du muscle tenseur du tympan. Finalement, pendant que les parois du sac s'appliquent aux parois de la fente de l'oreille moyenne, on voit apparaître plusieurs autres poches et récessus, tels que le récessus de la fenêtre ronde et celui du sinus tympanique. Un large diverticulum passe également en arrière et en haut et remplit l'antre. A la fin de la vie intra-utérine, la plus grande partie de tissu gélatineux a disparu et les parois de la cavité de l'oreille moyenne sont revêtues d une membrane muqueuse complètement développée.

TRIVAS (de Nevers).

Contribution à l'étude du colobome congénital du lobule de l'oreille, par G. ALAGNA (*Anatomischer Anzeiger*, XXXIII, B., 1908).

Alagna a eu l'occasion de voir une femme de 56 ans atteinte de colobome au niveau du lobule de ses deux oreilles; or, tous les membres de sa famille présentaient ce colobome aussitôt après leur naissance. U. CALAMIDA (de Milan).

De quelques rares anomalies dans la partie mastoïdienne du temporal, par A. RUFFINI (*Arch. d'otologia de Gradenigo*, vol. XIX, 1908, p. 135 et suiv.).

L'auteur synthétise les dispositions connues de la « pars mastoïdea » en un tableau. 1° Normale (sillon occipital, crête rétromastoïdienne, incisure digastrique, apophyses mastoïdes). 2° Anomalies de

1. Par fente de l'oreille moyenne (middle ear cleft), l'auteur entend l'espace limité par les parois osseuse et cartilagineuse de la trompe, de la caisse et de l'antre.

Ruffini (sillon occipital, crête rétromast., incision digast., semiapophyse postéro int., incision mastoïd., semiapophyse antéro-ext.). 3° Anomalie de Qoja (s. occ., cr. rétrom.. avec apophyse rétromast., nc. dig., apop. mast.). 4° Anomalie B de Ruffini (s. occ., cr. retrom. en forme de gousse d'ail, inc. dig. en forme de losange digastorique, ap. mast.). 5° Anomalie γ de Ruffini (s. occ., cr. rétrom., inc. digast., semiapop. postéro-interne en forme d'apop. odontoïde ; vertiges d'incisure mastoïde). 6° Anomalie de Lanzi (sillon occipital et ovoïde mastoïdien avec légère dépression de la pointe pour l'insertion du muscle digastrique). 7° Formes de passage entre les différents types (Lanzi). MASSIER (de Nice).

Sur l'autoplastie de pertes de substance des pavillons des oreilles, par SCHMIEDEN, de Berlin (*Berliner klin. Wochenschrift*, 3 août 1908).

L'auteur préfère la méthode italienne et prend un lambeau pédiculé sur le bras. S'il y a perte de substance du cartilage, il prélève sur les cartilages costaux un disque cartilagineux ; cette tranche qui a la forme du pavillon est implantée librement (avec son périchondre) sous la peau du thorax. Là, elle contracte des adhérences. Au bout de 15 jours on dissèque à la région de la clavicule un lambeau cutané qui renferme la tranche de cartilage et le lambeau est suturé (après avivement de l'oreille) à l'endroit de la perte de substance. Le résultat, sans être parfait au point de vue esthétique, est satisfaisant comme le montrent les figures 3 et 4 de l'article.

MENIER (de Figeac).

Inscription photographique des pulsations et des variations présentées dans la colonne d'air du conduit auditif externe, par V. VOÏATCHEK (*Praktitcheski Vratch*, n° 6, 9 février 1908).

L'auteur a construit un appareil donnant des indications sur les affections de l'oreille dans les cas où la membrane du tympan et les autres organes apparents à l'examen direct ont un aspect normal ; on peut y ranger l'otosclérose et les différentes formes de surdité progressive d'origine labyrinthique. On constate dans ces cas des modifications dans l'élasticité ou le tonus de la membrane du tympan. Après cathétérisme de la trompe d'Eustache, on introduit dans le conduit auditif un tube de verre recourbé en Z qui fait fonction de manomètre et une goutte d'alcool sert d'indicateur qui montre les variations de la pression aérienne. La tête du malade étant immobilisée, on place dans une chambre noire, d'un côté du manomètre, un cylindre tournant revêtu de papier sensible rapide, et d'un autre côté une lampe dont les rayons lumineux ne sortent que par une petite fente et vont éclairer la goutte d'alcool. Cette goutte indicatrice éclairée impressionne à son tour le papier sensible ; on constate ainsi, après avoir fixé l'image par les procédés ordinaires, non seulement l'amplitude de la pulsation, mais encore sa forme, et des ondulations secondaires.

Lorsque le tympan est normal, le cathétérisme de la trompe d'Eustache montre une onde avec une portion ascendante et une portion descendante brusques et le sommet n'est pas arrondi.

Lorsque le tympan a perdu son élasticité, la portion ascendante reste verticale, tandis que la descente ne se fait que lentement, et même on voit souvent que cette dernière ne se fait pas ; l'indicateur reste longtemps élevé au maximum. Un mouvement de déglutition fait revenir l'indicateur à sa place première.

On peut utiliser ce procédé pour suivre chez un malade les progrès d'un traitement où l'on recherche à rétablir le tonus normal de la membrane du tympan, par exemple sous l'influence du massage, de la fibrolysine ou des courants faradiques. M. DE KERVILY (de Paris).

Une comparaison des symptômes cliniques de la paralysie des noyaux et du tronc du vague récurrent et de l'oculo-moteur (comme contribution à la critique de la loi Rosenbach-Semon), par le prof. O. KÖRNER (*Zeitschrift f. Ohrenh. u. f. d. Krankh. d. Luftw.* LVI, Bd. 2 Hft., juillet 1908, pp. 153-164).

La comparaison des symptômes produits par lésion du tronc de l'oculo-moteur dans la majorité des cas de tumeur et surtout d'abcès du lobe temporal, avec ceux de lésion du tronc du vague récurrent, nous enseigne que *dans les deux cas, ce sont d'abord les fibres auxquelles incombe un travail permanent, qui succombent les premières*. En effet, les abducteurs des cordes vocales (crico-aryténoïdiens postérieurs) fonctionnent tant que nous respirons, le releveur de la paupière supérieure est en activité tant que nous sommes en état de veille, et le sphincter de l'iris tant que nous sommes exposés à la lumière, tandis que les adducteurs de la glotte qui ne sont pas affectés ou qui ne le sont que tardivement, n'entrent en fonction que quand nous nous servons de notre voix, et les muscles qui président aux mouvements du globe oculaire, qui échappent également à la lésion, ou qui ne sont affectés que tardivement, n'entrent en action que quand nous fixons le regard.

Les paralysies *nucléaires* de l'oculo-moteur offrent, par contre, un tableau clinique très variable et ne montrent rien de cette régularité dans la sélection et la succession des muscles atteints, comme dans les paralysies du tronc.

Ces faits nous poussent à considérer la question comment se comportent les paralysies *nucléaires* du vague, et si Semon a raison quand il affirme que la même loi s'applique à celles-ci qu'aux paralysies du tronc ; en d'autres termes, si *toutes les maladies bulbaires* qui entraînent la paralysie laryngée, lèsent *toujours* d'abord le noyau où prennent naissance les fibres qui innervent le crico-aryténoïdien postérieur.

Déjà en 1873, Kussmaul (Volkmanns Sammlung klinischer Vorträge, n° 54) avait montré que, dans ses cas de *paralysie nucléaire bulbaire progressive*, les *adducteurs* des cordes vocales (et les nerfs

sensitifs du larynx) étaient seuls lésés. Quatre observations de Lör- (*Die durch anderweitige Erkrankungen bedingten Veränderungen des Rachens, des Kehlkopfs und der Luftröhre*, Stuttgart, 1885) en 1885 confirmèrent ces données. Mais justement parce qu'il s'agit de paralysies nucléaires, voit-on parfois dans les pures paralysies bulbaires, une paralysie des *abducteurs*. Semon (*Heymanns Handbuch der Laryngologie u. Rhinologie*, Wien 1898, Bd. I, p. 704) dut alors plus tard admettre que des cas de paralysie bulbaire se présentent où déjà de bonne heure se voit une vraie parésie des abducteurs, pourtant chercha-t-il à sauver sa doctrine en déclarant qu'il était bien plus vraisemblable qu'il s'agissait, dans ces cas, de processus siégeant *au-dessus* du bulbe, par conséquent, non pas de paralysies bulbaires, mais pseudo-bulbaires. Mais à la vérité, il aurait fallu d'abord prouver cette supposition; en tout cas, elle ne trouve pas sa justification en ce qui concerne les cas de Kussmaul. Enfin on n'en a plus besoin pour sauver la doctrine de Semon, après que cette doctrine a été privée de sa base fondamentale, la *soi-disante paralysie bulbaire du crico-aryténoïdien postérieur des tabétiques*.

Semon (*Zeitschrift, Rudolf Virchow gewidmet*, etc., Berlin, 1891, Bd. III, *Heymanns Handbuch*, Wien, 1898, Bd. I, p. 705 et 673) a en effet cherché à prouver la justesse de l'extension aux noyaux bulbaires de sa loi concernant le tronc du vague, principalement au moyen de la *paralysie du crico-aryténoïdien postérieur des tabétiques*, qui, pour lui, était toujours bulbaire d'origine. Cette supposition erronée ne pouvait prendre naissance que parce que Semon s'était basé presque exclusivement sur les nombreux cas observés seulement cliniquement et pas sur les quelques cas examinés aussi anatomiquement.

Arnold Cahn (*Deutsches Arsh. f. klin., Mediz.* Bd. 73) le premier apporta, en 1903, quelque clarté dans ce sujet, en ce qu'il prouva, à l'aide de la totalité des cas examinés cliniquement et anatomiquement qui existaient à ce moment, et aussi à l'aide d'une observation personnelle, que la paralysie du crico-aryténoïdien postérieur des tabétiques était *exclusivement* due à une *névrite* du tronc du vague récurrent et que dans seulement un petit nombre de cas, *avec cette névrite*, on trouve — probablement le plus souvent secondaire — une lésion bulbaire. Une dégénérescence du noyau le plus important ici (le nucleus ambigus) a été démontrée seulement une fois, associée à la névrite du tronc du vague et du récurrent, et justement dans ce cas, la paralysie laryngée n'était pas conforme à la loi de Semon. Lépine, Panegrossi, Burger, Dorendorf, abondent dans le même sens que Cahn.

De plus, on a pu observer que les paralysies laryngées dans les *affections bulbaires aiguës* (thrombose de l'artère vertébrale, hémorragie bulbaire, myélite bulbaire) ne s'accordaient pas avec la supposition de Semon. Dans ces cas de *pure lésion nucléaire* du vague ont prévalu de bonne heure des paralysies récurrentielles complètes, plus rarement des paralysies du posticus et d'autres muscles du

larynx, ainsi que des nerfs sensitifs. Aussi la transformation de la paralysie du posticus en paralysie récurrentielle que l'on observe si souvent dans les lésions du tronc, est très rare dans les paralysies nucléaires, comme l'ont montré seulement quelques cas de Syringobulbie (Baurowicz, *Arch. f. laryng.*, Bd. 9, p. 292).

C.-J. Koenig (de Paris).

Polype aérien du tympan, par G. Tapia (*Rev. clin. de Madrid*, janvier 1909).

Souvent les otologistes constatent que l'insufflation par la trompe produit une procidence polypeuse au niveau d'une cicatrice du tympan. Ce fait est très intéressant et se constate en particulier dans les cas où l'on fait faire par les malades un Valsalva énergique ; Tapia a eu l'occasion de l'observer dans plusieurs cas de l'Hôpital Général.

E. Botella (de Madrid).

Fracture bilatérale de la paroi antérieure du conduit auditif externe et lésions de l'oreille moyenne ; fracture compliquée de cuisse ; mort par gangrène gazeuse (accidents du travail), par Pierre Lande (*Journal de médecine de Paris*, 13 juin 1908).

Un couvreur tombe sur le sol d'une hauteur de 3 mètres au cours de son travail. On constate l'existence d'une fracture compliquée du fémur gauche ; on observe en outre une plaie contuse profonde pu menton, sur la ligne médiane, et enfin un écoulement sanguin abondant par les oreilles et par le nez, si bien que l'on pense d'abord que le blessé présente une fracture ordinaire de la base du crâne.

Mort au bout de 48 heures de gangrène gazeuse développée au niveau de la blessure du membre inférieur.

A l'autopsie, on trouva une fracture bilatérale de la paroi antérieure du conduit auditif externe et des lésions de l'oreille moyenne. De chaque côté, la membrane du tympan était déchirée et une sonde cannelée pénétrait facilement dans l'oreille moyenne dont la chaîne des osselets était brisée.

Ni fracture ni luxation du maxillaire inférieur, mais les mouvements d'abaissement et d'élévation de la mâchoire avaient une amplitude inacoutumée, et il existait des mouvements antéro-postérieurs et des mouvements de latéralité en rapport avec une laxité anormale de l'articulation temporo-maxillaire.

Pas d'irradiation de la fracture à la face interne de la boîte crânienne. Sinus et veines méningées gorgés de sang ; hyperhémie de la substance blanche cérébrale.

Le sang qui s'écoulait par l'oreille provenait du conduit auditif externe dont le revêtement cutané était déchiré, et de l'oreille moyenne.

Ce genre de fracture limitée de la base du crâne s'observe à la suite de chocs violents et brusques, de traumatismes graves portant sur le menton, par exemple, coup de pied de cheval, chute d'un lieu élevé comme dans le cas présent.

Dans un cas de lésion bilatérale signalé par l'auteur, le traumatisme avait porté sur la partie médiane du maxillaire inférieur. Mais le plus souvent la lésion unilatérale succède à un traumatisme ayant intéressé le côté opposé du maxillaire (cinq fois, sur les six observations de fracture de la cavité glénoïde sans luxation ni fracture du maxillaire inférieur réunies, par Neis).

MENIER (de Figeac).

Anesthésie locale pour opérations sur la caisse du tympan, par M. BOULAY (*Journal de Médecine interne*, 10 janvier 1909).

On cherche habituellement à obtenir l'insensibilisation de la caisse soit en donnant un bain d'oreille avec une solution de cocaïne, soit en pratiquant un badigeonnage avec le mélange de Bonain, simple ou mieux adrénaliné. Ces procédés sont imparfaits, car l'agent anesthésiant n'agit le plus souvent que sur une partie limitée de la caisse.

Aussi l'auteur préfère-t-il la méthode préconisée par Schleich et par Neumann, et modifiée par Mérel, qui consiste à anesthésier toute la caisse par l'injection d'une solution cocaïnée sous la peau de la partie profonde du conduit, au voisinage du mur de la logette, c'est-à-dire au niveau de la bande de Trölsch qui contient les vaisseaux et les nerfs du tympan. On injecte un centimètre cube de la solution de cocaïne au 100e additionnée de cinq gouttes de la solution d'adrénaline au 1000e. La seringue injectrice est munie d'une aiguille en acier à parois épaisses, montée à angle obtus sur le corps de l'instrument, et de deux anneaux latéraux qui permettent de la tenir solidement en main.

La technique de l'injection est la suivante :

1° Anesthésie du conduit, obtenue en dirigeant un jet de chlorure d'éthyle sur le point où se fera l'injection, ou en appliquant une mèche imbibée de mélange de Bonain sur la paroi supérieure du conduit.

3° Injection de la solution sous le contrôle du spéculum : l'aiguille est enfoncée dans la paroi supérieure du conduit, à l'union de la portion osseuse et de la portion cartilagineuse ; on fait pénétrer l'aiguille jusqu'au contact de l'os, puis on la fait cheminer de quelques millimètres vers la profondeur du conduit, en cherchant à l'insinuer entre le périoste et l'os sous-jacent ; on pousse alors le piston de la seringue très lentement, de façon à faire pénétrer le liquide goutte à goutte dans les tissus, qui offrent d'ailleurs une grande résistance ; lorsqu'un quart ou un demi-centimètre cube a passé dans les tissus, on retire l'instrument. On observe alors l'existence, au niveau du mur de la logette, d'une infiltration qui disparaît au bout de huit à douze minutes. A ce moment la membrane et la caisse, y compris l'attique, sont insensibles pendant dix à quinze minutes ; on peut y porter les instruments sans réaction douloureuse et presque sans écoulement sanguin.

Ce procédé d'anesthésie locale peut être employé dans toutes les opérations sur la caisse par la voie du conduit : ablation des gros osselets, ablation de polypes profonds, extraction des corps étrangers, ablation du mur de la logette, etc. A. Perretière (de Lyon).

Contribution à l'étude des otites à exsudat fibrineux à staphylocoques[1], par P. Richou, de Paris. (*Rev. hebd. de laryng.*, n° 8, 20 févr. 1909).

Souvent coïncidant avec une attaque de grippe, cette forme d'otite, dont le début généralement moins bruyant que celui des autres ne présente rien de caractéristique, ne tarde pas à présenter quelques signes distinctifs. Deux jours après une paracentèse, l'écoulement conserve sa transparence ; il se dépose contre la plaie tympanique un culot fibrineux très adhérent qui par l'irritation qu'il détermine et parfois la rétention fréquente de l'exsudat dans la caisse donne lieu à des douleurs à type névralgique. D'autre part, l'écoulement d'abord transparent devint jaune d'or, le staphylocoque doré y existe à l'état de pureté. Le pronostic est généralement bénin.

Le traitement comporte des irrigations tièdes qui décollent mieux que tout autre moyen le caillot fibrineux, des instillations d'un mélange de glycérine et de liqueur de Van Swieten qui sont moins déshydratantes et moins irritantes que la glycérine phéniquée. Éviter l'emploi de mèches qui favoriseraient la stagnation fibrineuse.

Consécutivement : douches d'air, massage du tympan.

Suivent une observation personnelle à l'auteur et trois provenant du Dr Le Marc'Hadour. J.-E. Mathieu (de Challes-Hyères).

Un cas de syphilis héréditaire avec troubles auriculaires, par Cuicha (*Arch. de l'Hosp. Rosales*, San Salvador, 1908, XII).

Petit garçon de 12 ans sourd à gauche depuis un an et à droite depuis six mois ; surdité survenue brusquement ; rien d'appréciable à l'examen local ; antécédents héréditaires douteux ; traitement antisyphilitique institué ; amélioration très grande.

E. Botella (de Madrid).

Nouvelles recherches cliniques sur le traitement des suppurations aiguës de l'oreille moyenne par la stase sanguine, d'après Bier, par F. Isemer (*Arch. f. Ohrenh.*, vol. 75, p. 95, 1908).

De ses précédentes observations, l'auteur ajoute neuf autres cas d'otites moyennes aiguës traitées par la méthode de Bier. De ces 9 cas, 3 étaient sans complication mastoïdienne et 6 avec affection plus ou moins grave de l'apophyse mastoïde. La guérison arriva dans 7 cas (dont 3 avec inflammation partielle ou légère de la mastoïde, et un avec mastoïdite accusée et abcès sous-périosté derrière

1. Travail de candidature à la Société française d'oto-rhino-laryngologie, mai 1908.

la conque). Deux cas durent être opérés malgré une stase sanguine très prolongée.

Les conclusions générales que l'auteur tire de ses observations sont les suivantes :

1° Le traitement de l'otite moyenne par la stase sanguine n'est pas sans danger, car une trop grande confiance dans cette méthode thérapeutique peut faire négliger le moment opportun d'une intervention chirurgicale et être fatale au patient.

2° Il y a en particulier danger à prolonger l'emploi de ce traitement dans les infections de l'oreille par le diplocoque et le streptocoque. Mais la stase agit favorablement dans les suppurations à staphylocoques, notamment dans les cas de mastoïdite où il existe déjà une fistule de la corticale, et où il est possible d'obtenir un écoulement du pus de la fistule osseuse par une petite incision des parties molles.

3° Le résultat le plus frappant du traitement par stase est l'action sédative sur la douleur, qui dans presque tous les cas se manifeste déjà après peu de temps. Toutefois cette action calmante peut dans quelques cas être contraire à l'intérêt du malade, si l'on réfléchit que dans certaines circonstances (par exemple dans l'abcès du cerveau), la céphalalgie persistante est souvent le seul moyen de diagnostic.

4° Toute tentative de traitement par stase doit être absolument rejetée dans les complications intracraniennes de l'otite (thrombose du sinus, abcès extradural, abcès cérébral).

5° Cette méthode ne peut être employée que dans une maison de santé, sous un contrôle rigoureux et une constante observation du malade. E. Hédon (de Montpellier).

Volumineux cholestéatome de l'oreille moyenne et de la fosse cranienne supérieure guéri depuis huit ans et demi, par C. Zimmermann (in *Archives of Otology*, vol. XXXVII, n° 2, p. 137).

Au sujet d'un cas l'auteur passe en revue la description, l'étiologie l'histologie pathologique du cholestéatome. Le diagnostic, le pronostic, le traitement sont aussi étudiés.

L'observation de son malade n'offre aucun caractère spécial et rentre dans le cadre habituel des complications cholestéatomateuses de l'otite suppurée chronique. H. Massier (de Nice).

Deux cas de traumatisme du temporal, par Habermann *Mitteilungen des Vereines der Aerzte in Steiermark*, 1908).

Un sujet de 32 ans fait une chute dans un escalier : c'est la région droite de l'occiput qui est touchée; pas de lésions externes. Quelques jours après, douleurs, bourdonnements, nausées; écoulement aqueux très limpide par l'oreille droite. Vertiges.

Il y a une déchirure du tympan. Le malade entend très difficilement. Diminution considérable de la conduction aérienne et légère

de la conduction osseuse. Nystagmus quand le regard est dirigé du côté sain ; difficulté de rester debout sur le pied droit.

Diagnostic : Fracture par éclatement de la base du crâne, traversant d'arrière en avant l'os temporal (tegmen et caisse) ; la déchirure de la dure-mère adhérant au tegmen a amené sans doute l'ouverture de la cavité sous arachnoïdienne et l'écoulement par l'oreille de liquide céphalo-rachidien. Comme le malade guérit, il est impossible de dire si la base du crâne fut lésée en d'autres régions.

Le pronostic de ces cas est douteux, en général, car souvent, il peut y avoir mort par méningite et perte totale ou à peu près totale de l'ouïe.

Le traitement consistera, pour l'oreille, à empêcher l'infection de la fracture de la base qui est en relation, par la plaie du tympan, avec le monde extérieur. On ne saurait trop prescrire l'usage de la seringue.

Le deuxième malade, âgé de 20 ans, fit une chute de cheval, sept semaines auparavant.

Examen. Pus dans l'oreille gauche ; deux granulations volumineuses adhérentes au tympan ; de ce dernier, on ne voit que le segment postéro-inférieur et dans la région de la membrane de Shrepnell une excavation profonde pleine de pus.

Audition : L'oreille gauche presque sourde, semble cependant intacte au point de vue de l'oreille interne.

Pas de nystagmus ni de vertige. Pronostic favorable. Il est probable que dans ce cas la fracture de la base allait à travers la caisse, comme dans le 1er cas, et que la partie interne du conduit osseux était aussi fracturée, ce qui avait amené la déchirure du tympan (granulations). Le facial avait été aussi traumatisé (paralysie des rameaux faciaux (bouche, paupière) de ce nerf). Ce cas est remarquable par l'absence de symptômes labyrinthiques malgré la chute d'un lieu élevé.

Cette absence est rare.

Le malade guérit très bien avec un assez bon résultat fonctionnel. La paralysie faciale disparut à peu près complètement, grâce au traitement électrique. Menier (de Figeac).

Comment se comporte le nerf cochléaire dans le méat auditif interne, par G. Alexander et H. Obersteiner (*Zeitschrift. f. Ohrenh. u. f. die Krankh. d. Luftwege*, 1908, pp. 78-90).

Comme dans les racines postérieures des nerfs spinaux (d'après les recherches de Levi), Hulles a trouvé dans les racines sensibles de la moelle allongée de l'homme une zone claire qui correspond à l'endroit où le nerf central devient périphérique et où la glia est plus abondante. On y voit un grand nombre de corpuscules amyloïdes, car on sait (Redlich, Obersteiner) que ces corpuscules ne peuvent se trouver uniquement que là où la glia existe et qu'ils sont d'autant plus abondants que la glia est plus abondante. Aussi c'est un fait connu et nié par personne, que ces corpuscules manquent

chez les enfants, ne font leur apparition que plus tard et augmentent en nombre surtout à un âge très avancé.

Chose curieuse, dans les nerfs cochléaires des vieilles personnes observées par des auteurs, où les corpuscules amyloïdes faisaient défaut, il s'agissait justement de sousds-muets. Cependant les auteurs ne veulent pas tirer de ce fait des conclusions générales, car la surdi-mutité n'ayant pas une base pathologique unique, le nerf acoustique doit varier dans cet état morbide. C.-J. Kœnig (de Paris).

Hypertension artérielle et labyrinthique, par Lafite-Dupont (*Ann. Mal. Or.*, nº 12, décembre 1908).

La pression labyrinthique et la pression artérielle sont liées, d'après les expériences physiologiques faites avec M. Maupetit par le spécialiste bordelais.

D'autre part, la clinique démontre surabondamment que chez les malades atteints d'hypertension artérielle, on peut observer des troubles auditifs intenses, tels que bruits subjectifs, vertiges, diminution de l'acuité ; aussi le traitement de l'hypertension améliore-t-il et leur état général et à la fois leur état local auriculaire à la condition qu'il ne s'agisse pas de sujets artério-scléreux avérés chez lesquels existent déjà des troubles circulatoires de l'oreille.

La pathogénie de l'hypertension labyrinthique est difficile à établir quels que soient les rapports existant entre la pression céphalo-rachidienne et la pression artérielle.

Le rôle du médecin consiste surtout à conseiller aux malades de cette catégorie une hygiène et une diététique sévères pour enrayer la marche ascendante de l'hypertension sanguine.

Faivre (de Poitiers-Luchon).

Contribution à l'étude clinique des névrites aiguës toxiques et infectieuses du nerf acoustique, par J. Hegener (*Zeitschrift f. Ohrenh. u. f. die Krankh. d. Luftweg*, 1908, pp. 92-119).

Siebenmann (*Z. f. O.*, 36, p. 291) décrivit le premier cliniquement et anato-pathologiquement un cas de névrite acoustique interstitielle chez un cachectique cancéreux qui cependant était compliqué de transformation spongieuse de la capsule labyrinthique. Il publia d'autres cas (*Z., f. O.* 43, p. 216) de névrite rétro-labyrinthique toxique et cela chez des tuberculeux pulmonaires.

Wittmaack (*Pflügers Archiv*, Bd. 95 ; *Z. f. O.*, 46, p. 1 ; 50, p. 127 ; 51, p. 161 ; 53, p. 1) a apporté la preuve expérimentale chez les animaux, de la possibilité d'une névrite acoustique toxique, analogue à la névrite optique.

Manasse (*Z. f. O.*, 52, p. 52) trouva, anatomo-pathologiquement seulement sur un vaste matériel de vieilles gens atteintes de surdité chronique, que la branche cochléaire est principalement atteinte plus rarement les deux branches cochléaire et vestibulaire pareillement ; le moins souvent la branche vestibulaire était la plus

atteinte et par conséquent primitivement. Par contre, il ne trouva pas les lésions labyrinthiques en foyer de Wittmaack.

Hammerschlag (*A. f. O.*, 52, p. 12) décrivit un complexus symptomatique correspondant à une névrite acoustique aiguë *a frigore* chez des arthritiques. Il se produit un violent vertige qui domine la scène pendant une huitaine de jours et disparaît complètement mais qui est suivi d'une surdité complète.

L'auteur rapporte 6 cas cliniques de névrite aiguë toxique ou infectieuse du nerf acoustique quoiqu'il ne puisse pas apporter par des recherches microscopiques la preuve absolue de l'exactitude de son diagnostic. Les détails de ces cas ne prêtent pas à une analyse et doivent être lus dans l'original par ceux que le sujet intéresse. Le premier cas fut précédé pendant huit jours de diarrhée et de nausées, sans fièvre. Le second semble avoir pour cause le rhumatisme, le troisième l'influenza, le quatrième également, le cinquième le diabète (possibilité d'une auto-intoxication), l'étiologie du sixième est incertaine, peut-être le diabète ou l'influenza.

C.-J. Koenig (de Paris).

Nystagmus et oreille interne, par Fernand Lemaître et E. Halphen (*Ann. mal. Or.*, n° 12, décembre 1908).

Ce travail a pour objet l'étude, au cours des affections du labyrinthe, du réflexe nystagmique dont le point de départ périphérique siège dans les canaux semi-circulaires et l'aboutissant dans la musculature des yeux, réflexe en vertu duquel l'injection d'eau froide dans le conduit auditif ou la rotation autour d'un axe vertical entraînent du vertige et des mouvements des globes oculaires depuis longtemps connus.

Après avoir rappelé dans un premier chapitre les connexions anatomiques entre l'organe auditif et l'appareil de la vision avec de nombreuses figures à l'appui, les auteurs définissent le nystagmus et en indiquent le caractère : *nystagmus spontané*, horizontal, vertical et circulaire ; *nystagmus provoqué* par réflexe mécanique, rotatoire, frigo-carbonique et galvanique.

Il est des conditions, fixées sous forme de tableaux, qui provoquent le nystagmus du côté examiné et du côté opposé au côté examiné, conditions entraînant l'exposé, dans un quatrième chapitre, des modifications du réflexe nystagmique au cours des différents états labyrinthiques et permettant le diagnostic différentiel entre l'abcès cérébelleux et les affections suppuratives aiguës ou chroniques du labyrinthe ; de même qu'entre les affections non suppurées, les névroses et le tabès.

Les observations cliniques rapportées à l'appui de ces différents cas permettent de conclure que le réflexe nystagmique intéresse non seulement l'otologiste, mais aussi le neurologiste et le médecin légiste.

L'avenir démontrera la valeur définitive de ce nouveau fil conducteur dans le labyrinthisme. Faivre (de Poitiers-Luchon).

Au sujet de la pseudo-mastoïdite, par A.-M. Poutchkovsky (*Rousski Vratch*, 31 mai 1908, n° 22).

Il s'agit d'un homme de 24 ans qui a été admis à l'hôpital pour une fièvre typhoïde. Après un séjour de 2 mois, le malade semblait guéri et se préparait à sortir lorsqu'il ressentit presque subitement une douleur sous la mâchoire inférieure du côté droit. En même temps il se produisit une tuméfaction des ganglions lymphatiques sous-maxillaires et cervicaux du même côté. La tuméfaction et la douleur allèrent en augmentant. Les téguments sus-jacents étaient congestionnés et épaissis. Deux jours plus tard la tuméfaction gagna puis dépassa en bas et en avant la région de l'apophyse mastoïde, et le malade est admis dans un service d'otologie.

La température monta à 39°2 et il se produisit un écoulement abondant de pus par le conduit auditif externe.

Le pavillon de l'oreille droite est repoussé en avant et en haut. En arrière du pavillon il existe une tuméfaction douloureuse à la palpation ; la peau est tendue, de coloration rouge-violacée, et l'écoulement par l'oreille augmente lorsqu'on presse sur la région de la mastoïde.

L'examen otoscopique montra sur la paroi postéro-inférieure du conduit auditif, à 2 ou 3 millimètres de la membrane du tympan, une petite fistule à bords ulcérés. C'est par cette voie que sort le pus. La membrane du tympan a son aspect normal et l'ouïe du côté malade n'est pas diminué.

Il s'agissait donc d'un abcès sous-cutané et non d'une mastoïdite comme on l'avait pensé au premier abord. L'abcès fut ouvert par l'incision de Wilde et une sonde montra sa communication avec le conduit auditif. Le périoste était sain. Guérison.

M. de Kervily (de Paris).

Sinus pericranii, par Arnheim. (Soriété médicale de Hambourg, 18 février 1908).

Il s'agit d'un jeune homme de 20 ans porteur, sur le frontal droit, d'une tumeur des parties molles qu'il attribue à une chute faite six ans avant. Cette « bosse » aurait été la seule conséquence de la contusion du crâne. Cette tumeur varie de volume ; à peine visible quand la tête est levée, elle semble rentrer dans le crâne ; on sent un enfoncement pouvant loger la pointe du doigt ; si le sujet incline la tête en avant, tousse ou fait une forte expiration, la tumeur augmente jusqu'au volume d'une noix, la peau prend une couleur rouge brunâtre et on voit des pulsations. Le sujet étant employé de bureau et travaillant la tête baissée, est très gêné.

Cette affection est rare. Stromeyer lui a donné le nom qu'elle porte : sinus pericranii. Lannelongue en a rassemblé sept cas. Au point de vue anatomique, c'est un kyste des parties molles communiquant avec le sinus longitudinal grâce à une large veine émissaire et contenant du sang en circulation en quantité variable. D'après Stromeyer, voici l'étiologie : une veine, par le fait de l'accident (en

l'espèce, chute sur le front) se déchire et se décolle de son substratum osseux, d'où épanchement qui reste en communication avec l'intérieur du crâne grâce à la veine qui ne peut se rétracter et se fermer dans son canal osseux rigide. L'épanchement se résorbe, mais les parties molles ne peuvent se recoller à cause du sang qui arrive toujours. Le kyste se forme par revêtement conjonctif des parois; nous avons là un appendice du système vasculaire. Au point de vue thérapeutique, à cause du danger, on essaiera la comparaison méthodique et, en cas de nécessité seulement, une opération plastique.

MENIER (de Figeac).

Abcès du cerveau, par MOURE (*Journ. de Médec. de Bordeaux*, 22 septembre 1908).

Présentation de pièces provenant d'un malade atteint d'un abcès du cerveau consécutif à une otite suppurée gauche post-grippale. Le malade a toujours refusé l'opération proposée, qui ne fut acceptée que plus tard alors qu'on constatait déjà des signes d'abcès du cerveau. Après un évidement mastoïdien, la ponction du cerveau ne donne pas de pus. Les signes d'abcès devenant de plus en plus manifestes, nouvelle intervention en arrière; l'abcès ne put être drainé le jour même, il ne le fut que quelques jours après, mais incomplètement et le malade mourut subitement.

R. BEAUSOLEIL (de Bordeaux).

Le traitement des abcès cérébraux d'origine otique avec trois succès, par D. R. PATERSON (*British med. J.*, 1908, II, 132).

L'auteur émet à propos de ces abcès quelques considérations intéressantes, à propos des voies de propagation, de leur origine otique (8 %), de leur fréquence relative dans l'otite desquamative, de leur latence souvent observée (10 %) et enfin de la nécessité pour le chirurgien d'ouvrir largement le crâne, d'exciser même la mastoïde et de faire des ponctions intracérébrales dans les cas douteux.

E. A. PETERS (de Londres).

Contribution à l'étude des abcès du cerveau d'origine otique, par V. LANGÉ (Soc. des méd. des hôp. de Saint-Pétersbourg, in *Rousski Vratch*, n° 1, 5 janvier 1908).

Le 1er cas que publie l'auteur montre que les signes de méningite qui peuvent apparaître comme complication des otites internes ne doivent pas être une contre-indication de l'intervention opératoire. Lorsqu'il n'y a pas d'otorrhée, il faut dans ces cas faire une perforation de la membrane du tympan si l'on soupçonne que l'affection a une origine otique.

Il s'agit d'une femme de 25 ans se plaignant de céphalée; température de 39° à 40° 5, pouls ralenti, 84 à 62. Opisthotonus. Signe de Kernig. Lymphocytes dans le liquide céphalo-rachidien. Symptômes de méningite aiguë. Douleurs dans l'apophyse mastoïde droite. Mort. L'autopsie montra un abcès dans le lobe temporal droit; otite purulente droite et nécrose du rocher à droite.

Dans le second cas, il s'agit d'un homme de 37 ans se plaignant de douleur dans l'oreille gauche depuis 2 mois, affaiblissement des facultés intellectuelles et des forces. Pas d'otorrhée ; la membrane du tympan n'est plus brillante. Ouïe diminuée. Puis constipation, vomissements. Parésie, puis paralysie du nerf facial, raideur de la nuque. A la suite d'une ponction lombaire, il y eut une grande amélioration du côté du nerf facial. L'état général semblait aussi s'améliorer par des frictions mercurielles, lorsque le malade mourut subitement. L'autopsie montra un abcès du cervelet et nécrose du rocher à gauche avec otite purulente de ce côté. La parésie du nerf facial s'expliquait par la compression de la poche purulente contre l'orifice auditif interne. L'origine de l'otite était probablement due à la syphilis. M. DE KERVILY (de Paris).

Clinique et traitement de la méningite labyrinthogène, par G. ALEXANDER (*Zeitschr. f. Ohrenh. u. f. d. Krankh. d. Luft.*, LVI, Bd., 3e Hft., sept. 1908, pp. 249-260).

L'auteur, comme dans une communication antérieure (*Arch. f. Ohrenh.*, Bd. 75 et 76), appuie sur la nécessité de trier les diverses formes cliniques de la méningite otogène, si l'on veut se faire une conviction sur la possibilité d'opérer la méningite otogène. Il est relativement fréquent que la méningite soit associée à une thrombophlébite, à une suppuration labyrinthique ou à un abcès extra-duremérien. Il s'agit ici, en général, de méningites circonscrites qui offrent peu de tendance à s'étendre et à devenir générales. Dans ses observations faites pendant des opérations, l'auteur a toujours trouvé la dure-mère injectée et le cerveau atteint d'encéphalite aiguë superficielle, et dans les cas qui furent autopsiés, les méninges furent parfois trouvées macroscopiquement normales, l'examen microscopique cependant révéla constamment des transformations inflammatoires nettes des méninges et de l'encéphalite aiguë superficielle. Dans les cas de l'auteur, il n'y avait donc pas, comme dans ceux de Körner, les premiers degrés d'une méningite d'où la méningite vraie pût se développer, mais bel et bien une méningite en évolution.

Dans son précédent travail déjà cité, l'auteur put accorder une place à part à la *méningite qui se montre dans le cours de suppurations labyrinthiques chroniques*. On y voit (d'après les résultats de la ponction lombaire) fréquemment une méningite infectieuse purulente aiguë qui se limite habituellement à la fosse cérébrale postérieure, et parfois à la fosse cérébrale postérieure du côté malade, et qui constamment montre un rapport topographique étroit avec le labyrinthe affecté. Au point de vue opératoire, une place à part est donnée à cette méningite en ce sens que par l'élimination du foyer purulent de l'oreille (oreille moyenne, labyrinthe) et incision large de la dure-mère, un drainage suffisant des espaces intra-duremériens est obtenu et par suite un bon nombre de guérisons.

L'auteur rapporte trois cas de ce genre où l'élimination du foyer labyrinthique et l'incision de la dure-mère des fosses moyenne et

postérieure furent suivies de guérison. Dans les trois cas, il y eut subitement : fièvre, délire, céphalalgie et otalgie, sensibilité à la percussion de la tête, sensibilité à la pression de la colonne vertébrale (surtout dans la région cervicale), vomissements et rigidité de la nuque. La ponction lombaire fit partie du traitement chirurgical. La méningite labyrinthogène peut être séreuse, elle peut aussi, comme le démontrent les trois cas de l'auteur, appartenir au groupe purulent avec ou sans microorganismes dans le liquide cérébro-spinal. La propagation infectieuse peut se faire par deux voies anatomiques : l'aqueduc du limaçon et le conduit auditif interne, qui font communiquer les espaces labyrinthiques avec les espaces intra-duréméniens. Elle peut aussi se faire par une fistule labyrinthique.

Le pronostic de la méningite labyrinthogène est donc assez favorable pourvu qu'on ne temporise pas trop longtemps et qu'on fasse *une ouverture suffisante des espaces intra-duréméniens*. Si les symptômes se limitent à la fosse cérébrale postérieure, il sera suffisant de mettre à nu et ouvrir cette dernière. Autrement, il sera nécessaire de mettre à nu la dure-mère de la fosse moyenne et de la fendre.

Dans deux cas de l'auteur, il s'agissait de suppuration labyrinthique chronique, dans l'autre de suppuration sub-aiguë. Cette circonstance est importante au point de vue pronostic et nous pouvons en faire la part par un examen fonctionnel exact de l'oreille interne : l'examen du labyrinthe en ce cas donne une abolition de fonction du sens statique et surdité.

Le pronostic est bien moins favorable quand il s'agit de méningite résultant de labyrinthite purulente aiguë ou de suppuration labyrinthique aiguë partielle. Alors il n'existe pas seulement le danger d'une méningite purulente généralisée, mais ce sont justement ces cas aigus où une opération sur l'oreille (et surtout une intervention chirurgicale limitée à l'oreille moyenne) est suivie immédiatement, souvent même après quelques heures, d'une méningite purulente foudroyante qui mène, en un temps très court, à la mort.

C.-J. Koenig (de Paris).

Complications intracraniennes des maladies des oreilles et du nez, par Mac-Kernon et Coakley, de New-York (*Medical Record*, 13 juin 1908).

La plus fréquente des complications otogènes est la pachyméningite, puis vient l'abcès épidural. Comme symptômes, citons la céphalée augmentée par l'exercice, mais, rarement le diagnostic est fait avant l'intervention. Le traitement consistera à enlever tout l'os malade. L'étude de la formule hématologique est très importante ; la numération des leucocytes est seulement un index de la résistance du malade.

Les complications intracraniennes rhinogènes sont très rares. Il y a trois voies pour que l'infection nasale ou sinusienne gagne le cerveau : 1° Vaisseaux sanguins ; 2° lymphatiques ; 3° nécrose des parois

osseuses. Sur 200 cas, Coakley n'en a vu que trois où les parois postérieures du sinus frontal étaient atteintes. Dans les cellules ethmoïdales, il y avait à la fois suppuration, polypes et kystes. Si la littérature est peu abondante sur les complications cérébrales rhinogènes, c'est que le public et les médecins croient, moins que pour l'oreille, à leur possibilité. De plus, la cavité nasale communique avec la partie de l'encéphale située dans la fosse cérébrale antérieure, tandis que l'oreille communique avec les fosses cérébrales postérieure et moyenne. Il peut y avoir grave affection de la première partie sans trop de symptômes, alors que la moindre affection atteignant les portions moyenne et postérieure du cerveau amène des troubles graves. Pour la technique, Coakley préfère la route ethmoïdale qui permet d'agir parallèlement au plancher cranien; elle semble donc plus sûre que la route transmaxillaire. Dans les cas aigus, il faut agir sans délai. MENIER (de Figeac).

Un cas de pyohémie d'origine otique avec abcès cérébraux [1], par NICOLAS, de la Pointe à Pitre (*Rev. hebd. de laryng.*, n° 6, 6 févr. 1909).

Relation détaillée d'une observation concernant une petite malade qui au cours d'une otite chronique sans lésions considérables de la caisse, sans phénomène mastoïdien, sans douleur au niveau d'une tumeur sternoclaviculaire indépendante de la gaine du sterno-mastoïdien présenta quelques signes de méningisme atténués. On lui pratiqua un évidement pétro-mastoïdien et la résection de l'anastomose entre la veine jugulaire antérieure et l'externe, veine thrombosée.

Elle mourut quelques jours après ayant présenté des convulsions prédominant à droite, se généralisant à gauche. A l'autopsie, on constate : thrombose du sinus latéral qui, au cours de l'évidement, apparut blanchâtre et ne battant pas. Abcès frontal et abcès temporal. Quelques lésions pulmonaires.

J.-E. MATHIEU (de Hyères-Challes).

Sur le traitement opératoire de la phlébite du sinus latéral sans ligature de la veine jugulaire, par J. DUNDAS GRANT (*Med. of the Central London Throat and Ear Hospital*, vol. I, 1908).

L'auteur a gardé une profonde impression de la violence de l'écoulement sanguin des veines diploétiques après un cas de ligature de veine jugulaire. C'est que la seule ligature de la jugulaire est suffisante pour renverser les courants sanguins dans les veines sus-jacentes.

Il a écrit quelque part que le point d'élection pour la ligature de la jugulaire devrait être juste au-dessus du bulbe, à peu près au niveau du point d'entrée du sinus pétreux, ce qui est naturellement impraticable.

1. Travail de candidature à la Société française d'oto-rhino-laryngologie, mai 1908.

Cas I. — *En présence des signes pulmonaires et des phénomènes généraux surtout des oscillations de la température chez un homme de 24 ans*, l'auteur met à découvert le sinus latéral, le curette à fond sur une longueur de 2 pouces et demi, lave à l'eau stérilisée et tamponne à la gaze iodoformée. Un mois environ après l'opération, c'est-à-dire en décembre 1903, les complications pulmonaires persistent au sommet droit, mais sans expectoration ni craquements.

Cas II. — *Thrombophlébite du sinus latéral consécutive à une suppuration chronique de l'oreille moyenne. Guérison après opération.* — Jeune fille de 19 ans amenée à l'hôpital en juin 1898 pour les symptômes suivants : ancien écoulement d'oreille et depuis 15 jours, céphalée et frissons fréquents accompagnés d'oscillations de la température; les pupilles sont largement dilatées et la malade ne peut se tenir debout. Le sinus mis à découvert montre une thrombose dans les deux directions, le caillot est enlevé à la curette et la cavité désinfectée au sublimé. La malade est à présent en très bonne santé.

Cas III. — Jeune fille de 14 ans. Je l'ai vue la première fois en décembre 1904 se plaignant de céphalée, vertiges et vomissements. La température est de 105 degrés Fahrenheit (39°2). On pratique l'évidement mais on ne trouve pas de pus. On suppose un autre foyer purulent ailleurs et on ouvre un peu plus haut et en arrière. Le pus s'échappe sous pression venant de l'intérieur même du sinus qui est cureté en amont jusqu'à ce que le sang s'échappe dans la plaie; en aval, au contraire, on trouve organisé un caillot sain que l'on respecte.

Actuellement la malade va aussi bien que possible.

D. G. fait suivre ses observations de quelques réflexions. L'opération restreinte indiquée précédemment ne convient pas à tous les cas. Il est certain que s'il y a propagation en bas vers la ligature de la jugulaire avec œdème des parties molles du cou, il faudra pratiquer la ligature de la jugulaire aussi bas que possible après avoir éliminé bien entendu, l'hypothèse d'une mastoïdite de Bezold.

« Pendant ces dix dernières années j'ai opéré 400 mastoïdites; dans « les cas aigus j'ai employé le procédé de Schwartze en trépanant le « seul antre mastoïdien. Dans les cas chroniques j'ai employé le pro- « cédé de Stacke modifié souvent d'après la méthode de mon collègue « et ami M. Charles Heath qui a l'avantage de drainer plus largement « et d'améliorer l'audition; toujours on a pratiqué l'exérèse totale des « produits morbides tels que cholestéatome, pus, granulations. Les « symptômes notés avant l'intervention ont été les suivants : otalgie « correspondante, ou hémicranie du même côté, vertiges, nausées, « vomissements, malaise général. »

Il est intéressant de noter que l'intervention dans 95 cas a amélioré l'audition. La statistique montre la prédominance du sexe féminin : 202 femmes, et la prédominance du côté gauche : 212. Quant aux symptômes présentés par les patients avant l'opération ils consisteraient tous en une suppuration de la caisse avec nausées et vertige. 53 avaient des polypes récidivants et 23 de l'œdème sur l'apo-

physe. La paralysie faciale existait avant l'opération dans 18 cas et les troubles intellectuels 10 fois. Dans 3 cas, l'intervention fut entreprise dans l'espoir de faire cesser des attaques d'épilepsie qui guérirent complètement dans 10 cas — 3 fois il y avait phlébite du sinus et 3 fois abcès extra dural. La fosse cérébrale moyenne fut mise à nu 63 fois au cours de l'opération et le sinus 86 fois. Les abcès du cerveau et du cervelet furent diagnostiqués et drainés avec succès 6 fois. Dans 2 cas mortels on lia la jugulaire interne. Deux fois la paralysie faciale se montra après l'opération mais les 2 fois elle disparut. La mort n'est signalée que 10 fois due à l'hyperhémie ; de temps à autre il persistait un léger écoulement de pus mais grâce à l'ouverture large de toutes les cavités il n'y eut pas de rétention. Au total mon expérience me confirme dans l'idée bien arrêtée que c'est plus sûr d'opérer au début des accidents que d'attendre l'apparition d'un symptôme alarmant. LABOURÉ (d'Amiens).

Du traitement électrique de l'oreille, par V. URBANTSCHITSCH (*Monats. f. Ohrenh.*, XLIII, Jahrg, 1909, 1 Heft).

L'auteur, depuis plusieurs années, a recours au courant galvanique dans le traitement des catarrhes chroniques de l'oreille moyenne et des otites adhésives, consécutives à d'anciennes otorrhées ; il emploie des courants d'une intensité d'un demi-milliampère pendant une demi-heure; les électrodes, entourés d'ouate humide, sont placés de 1 à 2 centimètres de profondeur dans le conduit; lorsqu'une seule oreille est malade, l'électricité non auriculaire est placée sur un point de l'autre moitié du corps.

Le traitement est suivi à domicile par le malade lui-même au moyen de petites batteries à piles sèches.

Les résultats obtenus sont assez remarquables : chez des malades que des traitements antérieurs et répétés n'avaient améliorés en rien, la galvanisation a permis dans bien des cas de diminuer les bruits subjectifs et d'augmenter l'acuité auditive ; pour la montre, l'amélioration fut parfois de dix, quinze, trente et, dans un cas, de quatre-vinq-cinq centimètres. A noter encore qu'en cas d'irritation et d'inflammation de la peau, l'auteur emploie pendant quelques séances des électrodes sphériques jusqu'à ce que tout soit rentré dans l'ordre. Amédée PUGNAT (de Genève).

Hallucinations auditives artificielles dans le delirium tremens, par ASCHAFFENBURG, de Cologne (*Deutsche med. Wochenschrift*, 23 septembre 1908).

Des symptômes subjectifs hallucinatoires (toucher, vue, ouïe), les plus fréquents sont les visuels provoqués par pression sur l'œil, les hallucinations auditives au téléphone occupent le dernier rang.

L'excitation périphérique semble avoir une importance capitale, en ce sens que la pression sur l'œil provoque une excitation directe et assez forte du nerf optique. Parfois le fait de faire lire sur du papier blanc, ne provoque pas d'hallucinations, tandis que les lignes fines du papier suffisent à provoquer l'hallucination visuelle.

Dans l'audition, il n'y avait pas d'excitation externe, puisqu'on employait un téléphone domestique qui ne provoque aucun bruit, aucun bourdonnement accessoire. (L'auteur veut parler ici d'un tube acoustique.) Peut-être qu'un léger bruit accessoire aurait aidé à la formation d'hallucinations auditives.

Il ne faut pas oublier que dans le delirium tremens, les hallucinations de l'ouïe sont beaucoup plus rares que celles de la vue. L'important est que l'auteur ait démontré par ses expériences, l'importance de l'excitation auditive extérieure.

Menier (de Figeac).

II. — NEZ ET SINUS

Recherches expérimentales sur les lésions de la cage thoracique consécutives à l'obstruction des fosses nasales, par Chauvet. Communication à la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux, 7 décembre 1908 (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 14 février 1909).

L'auteur présente une série de pièces provenant de lapins soumis à des expériences sur les effets de l'obstruction nasale unilatérale.

Toutes ces pièces présentent un caractère commun, une asymétrie de la cage thoracique.

L'hémithorax du côté obstrué est amoindri dans son volume en faveur de celui du côté opposé, qui paraît saillant au maximum.

Du côté de la colonne vertébrale existe une scoliose dorsale siégeant entre la sixième cervicale et la sixième ou septième dorsale ; son sinus est ouvert vers le côté de l'obstruction nasale. Au-dessus et au-dessous existent des cambrures scoliotiques de compensation. De plus, sur certaines pièces, il y a une cyphose dorsale accentuée ; sur une autre, une hordose légère.

La cage thoracique présente du côté obstrué un abaissement des côtes, surtout moyennes et inférieures, de sorte que le sternum est dévié dans sa partie inférieure, alors que sa partie supérieure est portée légèrement du côté de l'oblitération ; il est en outre projeté en avant. Du côté opposé, les côtes sont élevées et saillantes.

Les deux hémithorax sont sensiblement différents : celui du côté de l'oblitération est aplati latéralement ; celui du côté opposé est très saillant et évasé à sa base.

L'auteur considère ces déformations comme un moyen de défense contre la gêne respiratoire : il semble qu'elles aient pour but de donner à l'hémithorax du côté libre le maximum de jeu respiratoire, aux dépens de l'hémithorax du côté obturé.

A. Perretière (de Lyon).

4 cas de paresthésie nasale, par Elias (*Ann. Mal. Or.*, n° 12, 1909).

Sensation persistante de sécheresse et de brûlure du nez, chez un

adénoïdien, sensation d'obstruction nasale persistante pendant 10 ans, après l'ablation d'un éperon et après la guérison d'un eczéma vestibulaire ou d'une septite érosive, tels sont les cas rapportés de malades qui n'ont pas guéri malgré tous les traitements tant psychiques que locaux, sauf d'une façon passagère coïncidant avec le début des nouvelles prescriptions. FAIVRE (de Poitiers-Luchon).

Traitement des maladies dues au catarrhe respiratoire, par Martin RICHARDS, de New-York (*Medical Record*, 20 juin 1908).

L'auteur étudie les conséquences de l'occlusion nasale : surdité, rhinite, pharyngite, bronchite, asthme bronchique, tuberculose qui sont des conséquences directes. Les séquelles indirectes peuvent être : l'épilepsie, le rhume des foins, la mauvaise digestion (irritation réflexe par les bactéries ou déglutition de pus fétide) ; goutte et rhumatisme, névralgie, hypertrophie du nez, saillie des incisives, déviation vertébrale (lyphose) et pneumonie lobaire.

Le traitement de la gêne ou du catarrhe nasal consistera soit dans l'ablation des végétations, des polypes, des cornets hypertrophiés, soit dans la correction des déviations du septum.

MENIER (de Figeac).

Appareil pratique pour déterminer la perméabilité nasale, par ROBERT-FOY (*Presse médicale*, 6 février 1909).

L'auteur présente un appareil enregistrant, mesurant la vapeur d'eau, fonction de la respiration nasale, et appelé pour cette raison *atmorhinomètre enregistreur*.

Il permettra au rhinologiste de suivre l'évolution d'un trouble nasal, d'enregistrer les résultats d'un traitement chirurgical, d'observer les progrès d'un traitement rééducateur de la fonction.

En médecine générale, il peut trouver aussi son application, si l'on veut bien considérer que chez un individu normal, la respiration nasale est fonction de la capacité pulmonaire, et que, par suite, celle-ci peut, au moins approximativement, mesurer celle-là.

A. PERRETIÈRE (de Lyon).

Importance des affections nasales dans l'ophtalmie sympathique, par C. ZIEM, de Dantzig (*Medizinische Klinik*, n° 18, 1908).

L'auteur cite plusieurs cas dans lesquels le traitement du nez fit disparaître soit les douleurs d'origine sympathique, soit la faiblesse d'acuité visuelle.

Il est d'avis que l'énucléation de l'œil atteint est une opération le plus souvent inutile et digne de la Toinette du *Malade imaginaire*. Le traitement du nez, au contraire (lavages), peut rendre de sérieux services. Les trois cas de Ziem semblent en être la preuve.

MENIER (de Figeac).

Importance de la respiration nasale au point de vue hygiénique, par Villar ALOBANO (*Rev. de spécial.*, II, 1908).

L'auteur arrive aux conclusions suivantes :

1° la respiration nasale est indispensable pour maintenir l'équilibre physiologique ;

2° l'obstruction nasale est cause d'états pathologiques nombreux et variés ;

3° l'insuffisance respiratoire détermine au niveau de la muqueuse nasale et de l'anneau de Waldeyer des processus inflammatoires divers ;

4° l'époque la plus critique est de 5 à 15 ans. Aussi doit-on intervenir le plus tôt possible. E. Botella (de Madrid).

Un cas d'impotence fonctionnelle complète due à une atrophie nasale provoquée [1], par A. Horiau, de Nantes (*Rev. hebd. de Laryng.*, n° 52, 26 décembre 1908).

Relation d'une observation personnelle à l'auteur, accompagnée d'une revue des cas publiés analogues.

La guérison est obtenue par cinq séances de gymnastique respiratoire. J.-E. Mathieu (de Challes-Hyères).

Conduite à tenir dans l'abcès chaud de la cloison nasale, d'origine traumatique, par Georges Laurens (*La Clinique*, 4 décembre 1908).

I. *Comment se forme l'abcès de la cloison ?* Le plus souvent à la suite d'un traumatisme agissant sur le segment inférieur du nez ; il en résulte une *fracture du cartilage* en son milieu, zone la moins résistante : par suite, rupture des vaisseaux et hémorragie. Cet épanchement sanguin, ou *hématome de la cloison*, décolle immédiatement les deux faces muqueuses et forme dans chaque fosse nasale une tuméfaction lisse, rosée fluctuante, qui obstrue les deux narines. Cette collection sanguine se résorbe rarement ; presque toujours elle suppure et un *abcès de la cloison* est constitué.

II. *Caractères cliniques et évolution de l'abcès.*

1° *Commémoratifs* : chute sur le nez, traumatisme violent avec épistaxis ;

2° *Symptômes fonctionnels*, d'ordre mécanique : obstruction nasale rapide avec gêne respiratoire, nasonnement, troubles de l'odorat, du goût ;

3° *Signes d'infection* au bout de quelques jours, fièvre, douleur, céphalée ; tuméfaction du nez, les ailes écartées, le lobule rouge, la peau tendue et luisante ; épiphora et hyperhémie conjonctivale par obstruction du canal nasal.

Objectivement on constate une tuméfaction en apparence bilatérale, en réalité constituée par une poche fluctuante unique, puisque le cartilage est perforé.

1. Travail de candidature à la Société française d'oto-rhino-laryngologie, mai 1908.

Des *complications* peuvent apparaître à bref délai si l'on n'intervient pas : au contact du pus, le cartilage va se dénuder de proche en proche, sa nutrition va s'altérer ; d'où nécrose partielle, ulcération consécutive et finalement *perforation*. Si le travail suppuratif continue son œuvre, le cartilage subit une fonte purulente, et ultérieurement la réaction cicatricielle amène une *déformation en coup de hache*. Exceptionnellement peut survenir une phlébite cranienne, une méningite purulente.

III. *Traitement.* — *Ouvrir* l'abcès après cocaïnisation au mélange de Bonain ; *évacuer* la poche par pression sur les deux faces ; *badigeonner* la cavité à l'eau oxygénée ou à la teinture d'iode ; *tamponner* avec des mèches de gaze aseptique chaque narine isolément.

Ce pansement sera renouvelé quotidiennement jusqu'à affrontement complet, qui sera obtenu en trois à cinq jours.

A. Perretière (de Lyon).

Dent surnuméraire dans une fosse nasale, par L. T. Levine (*Journal mensuel russe des maladies des oreilles, de la gorge et du nez*, n° 9, 1907).

Dans l'observation de l'auteur, il ne s'agit pas seulement d'une hétérotopie d'implantation de la dent, mais toutes les dents ou leur racines étaient au complet dans la bouche du sujet.

Il s'agit d'une femme de 40 ans chez qui la dent surnuméraire se trouvait dans la fosse nasale gauche à 2 cm. de l'orifice des choanes. L'auteur put l'extraire et constata qu'elle avait la forme d'une canine, avait 14 mm. de long et sa racine était nettement distincte de la couronne.

Il est à remarquer que la malade avait jusqu'ici ignoré la présence de cette dent et n'avait jamais eu la sensation d'avoir un corps étranger dans le nez.

Il existe dans la littérature 30 cas où l'on a constaté la présence de dent dans les fosses narales, mais le plus souvent il s'agissait d'hétérotopie.

M. de Kervily (de Paris).

Adéno-carcinome du nez, par F. Landois (Société médicale de Greifswald, 13 février 1908).

Landois présente une série de tumeurs du volume d'une noisette à celui d'une noix, enlevées du nez et du naso-pharynx d'un homme de 67 ans, par Klugkist, spécialiste à Stolp (Prusse, district de Köslin). C'est de l'adéno-carcinome typique. Il y a 7 ans, on avait enlevé au même sujet des « polypes » qui, en réalité, étaient aussi de l'adéno-carcinome. Or, cette ablation fut faite avec l'anse seule; la récidive n'a donc eu lieu qu'au bout de 7 ans ; le seul symptôme de ces tumeurs circonscrites était la gêne nasale du côté gauche. Ce cas est une intéressante contribution pour le jugement de l'apparition des récidives dans les tumeurs malignes.

Menier (de Figeac).

Un cas de tumeur vasculaire de la tête du cornet inférieur gauche. Opération par la voie de Rouge. Guérison. Examen histologique [1], par E. Bernard, de Lille (*Rev. hebd. de laryng.*, 1909).

L'évolution clinique et l'examen histologique font interpréter cette tumeur comme une dégénérescence fibreuse avec hypervascularisation secondaire d'un polype du nez.

J. E. Mathieu (de Challes-Hyères).

Au sujet des rhinolithes, par L. Konan (*Praktitchesky Vratch*, 2 août 1908, n° 31).

Les rhinolitées s'observent assez rarement. Hecht n'en a observé que 2 cas en 11 ans de pratique rhinologique. L'auteur décrit un cas personnel chez une femme de 23 ans qui vint consulter pour gêne dans la respiration, coryza chronique et douleur du côté droit du nez. Ces symptômes existaient depuis plus de 6 mois.

Après badigeonnage par un mélange de cocaïne et d'adrénaline, l'auteur constata dans la fosse nasale un corps étranger qu'il put repousser au moyen d'une sonde entourée d'ouate.

Après quelques efforts, la malade rejeta elle-même le corps étranger dans une quinte de toux. Il s'agissait d'un rhinolithe du volume d'une noisette constitué de sels déposés autour d'un noyau de cerise. Il est probable que ce noyau de cerise a pénétré dans les fosses nasales en venant de l'estomac pendant un vomissement.

M. de Kervily (de Paris).

Contribution au traitement chirurgical de l'hypertrophie du nez, par J. Broeckaert, de Gand (*Presse oto-laryng. belge*, mars 1908, n° 3.

B. a opéré, par excision du tissu pachydermique, sous forme de quartier d'orange, un homme de 58 ans, atteint d'un acné hypertrophique ayant donné au nez des proportions colossales; le résultat esthétique fut parfait.

B. préfère ce procédé, déjà employé avec succès par Delie, à la décortication totale du nez, qui s'impose pourtant dans certains cas; il vaut mieux, selon lui, se servir du bistouri que du thermocautère.

C. Hennebert (de Bruxelles).

Quelle opération est préférable : la résection de la cloison par la voie nasale ou orale?, par Brunings, de Fribourg (*Münch. mediz. Wochenschrift*, n° 51, 1908).

Ecrit polémique contre les théories de Kretschmann (voir les comptes rendus de l'assemblée de la Société otologique allemande de 1908) qui avait recommandé de faire la résection de la cloison par la voie buccale. Schœnemann (de Berne).

1. Travail de candidature à la Société française d'oto-rhino-laryngologie, mai 1908.

Sur l'état actuel de la chirurgie endo-nasale, par Finder, de Berlin (*Berliner klin. Wochenschrift*, 15 juin 1908).

L'auteur passe en revue les progrès accomplis en rhinologie : diminuation de l'abus des cautérisations et des ablations des cornets, emploi de l'anse froide ou chaude pour les polypes ; opération de Moure pour les tumeurs malignes de l'intérieur du nez ; orthopédie nasale ; ici l'auteur s'élève contre la *furor secandi* causée par l'introduction de la méthode de résection sous-muqueuse du septum. Il n'y a pas un nez qui soit véritablement correct et si on n'enrayait le mouvement, les opérés deviendraient légion ; n'opérons donc, dit l'auteur, que dans les cas où par l'opération nous dégagerons une respiration nasale gênée.

Le traitement endo-nasal des sinusites gagne de plus en plus du terrain et trouve des champions dévoués. Pour le sinus maxillaire, on en est revenu au procédé recommandé par Mickulicz, il y a déjà 20 ans, à savoir l'ouverture par le méat inférieur. Pour la sinusite frontale, comme nous ne pouvons donner *a priori* au malade l'assurance de la guérison et que l'opération le défigure, nous devrons le plus possible nous en tenir au traitement endo-nasal qui, exécuté de façon convenable, amènera la guérison ou l'amélioration des troubles subjectifs. La solution est la même pour les cellules ethmoïdales et le sinus sphénoïdal.

On arrive aujourd'hui à bien voir deux points importants en rhinologie : la perfection de la technique et le fait qu'une trop grande activité ou opérativité est mauvaise et que c'est encore par la mesure qu'ils savent garder que les maîtres se révèlent.

Menier (de Figeac).

Ostéome du frontal, par Moure (*Gazette hebd. des Sc. médic. de Bordeaux*, 13 sept. 1908).

Présentation d'un homme de 64 ans, dans le passé pathologique duquel on ne relève rien de particulier. Le malade a été opéré il y a 6 ans pour polypes muqueux des fosses nasales. On constatait déjà à cette époque une très légère saillie dans l'angle interne de l'œil gauche de la grosseur d'une petite noisette. L'œil n'était point gêné dans l'orbite, pas de larmoiement.

L'obstruction nasale étant redevenue complète, les polypes muqueux obstruant entièrement les fosses nasales et venant même faire saillie au dehors, le malade revint à la consultation. L'ostéome atteint maintenant le volume d'un œuf de pigeon. L'œil est fortement propulsé vers l'angle externe et légèrement en bas ; il y a du larmoiement constant, des douleurs assez vives dans toute la région frontale s'irradiant du côté de l'œil gauche.

L'opération est pratiquée. Etant donnée la dureté de la tumeur, on la mobilise et on la fait basculer à l'aide du levier de Farabœuf. Cette tumeur envoyait un prolongement qui reposait sur le bord orbitaire formé par le malaire et son pédicule s'insérait en un point commun au frontal et à l'ethmoïde. La paroi orbitaire du sinus fron-

tal gauche était détruite ainsi que la cloison qui sépare les deux sinus. Le curetage soigneux des deux sinus est effectué. On met une mèche iodoformée dans le nez et une autre dans la cavité entre les lèvres de l'incision entièrement suturées. Les suites opératoires furent parfaites. R. Beausoleil (de Bordeaux).

Lympho-sarcome des sinus frontaux, par D. Grant (*Med. of the Central London Throat and Ear Hosp.*, P., 1908).

E.-P. âgée de 25 ans, veuve, présente une » enflure » de la racine du nez apparue un mois auparavant. L'examen des fosses nasales ne montre rien d'anormal. La malade se rappelle avoir reçu un coup sur le nez il y a quelques années. L'éclairage montre la transparence de l'œdème et des sinus. On croit à un kyste, mais on ponctionne sans résultat. Un mois après, opération qui consiste en une incision pratiquée sur le milieu de la tumeur qui apparaît solide et de consistance molle grise, attachée à l'os. Cette masse enlevée, on trouve une perforation de l'os frontal découvrant les sinus. Les deux cavités (la droite plus large) sont pleines d'une même matière avec dégénérescence polypoïde de la muqueuse, on curette soigneusement la cavité sinusale. Le malade guérit après l'opération, quitte l'hôpital 10 jours après. Le Dr Wyatt Wingrave, après examen de la pièce diagnostique un sarcome. Labouré (d'Amiens).

Sur la méthode d'examiner les sinus maxillaires et les sinus frontaux, par la lumière diaphane, par Vohsen, de Francfort-s.-M. (*Berliner klin. Wochenschrift*, n° 28, 1908).

Vohsen recommande son nouvel instrument et donne une description de son maniement. Schœnemann (de Berne).

Le traitement opératoire des suppurations des sinus du nez, par Chichele Nourse (*Med. of the Central London Throat and Ear Hosp.*, P., 1908).

Excepté dans les cas aigus, le traitement des suppurations des cavités accessoires du nez est presque entièrement chirurgical. On peut distinguer deux variétés dans les cas chroniques : ceux qui exigent une intervention radicale, et ceux qui sont passibles d'une intervention moindre. Le sinus maxillaire est le plus fréquemment atteint : 20 fois sur 35 cas. Toutes les fois qu'on soupçonnera la présence du pus dans le sinus maxillaire, on le ponctionnera à travers le méat avec le trocart de Lichtwitz. On l'insufflera d'air et on le lavera. Une seule ponction peut suffire à guérir un empyème. Dans les cas où il faut différer l'opération, on se contente de faire une ouverture à la partie antéro-inférieure de la paroi nasale ; par cet orifice, le malade pratique des lavages réguliers. Il ne faut pas confondre cette manière de drainage avec l'opération de Claoué qui comprend cinq temps bien précis, qui est plus complète mais dont l'auteur déclare

n'avoir pas l'expérience. Ses préférences sont tout entières à l'opération de Caldwell-Luc qu'il trouve parfaite.

La suppuration chronique du sinus frontal est presque toujours associée à celle d'un autre sinus, ou au moins de quelques cellules ethmoïdales. On peut commencer le traitement par l'ablation du cornet moyen. Si le canal fronto-nasal est trop étroit, on passe un petit drain. 20 fois sur 22 cas, on a pratiqué l'opération de Ogston-Luc. En même temps on a cureté la partie supérieure du canal fronto-nasal et les cellules avoisinantes. Dans les 2 autres cas, on a fait un Killian modifié. On n'a pas eu à déplorer de morts. Dans 11 cas la guérison après l'opération fut complète. Dans 5 cas, l'angle inférieur de l'incision se recouvrit quelques semaines ou quelques mois après. Dans 4 cas, il fut nécessaire de réexplorer le sinus. Dans un cas il se forma un abcès sous-périosté, dans l'autre, le sinus de l'autre côté se prit et réclama une intervention. LABOURÉ (d'Amiens).

Résultats pratiques concernant la rhinologie, par FINDER, de Berlin (*Berliner klinische Wochenschrift*, nº 4, 1908).

D'après une conférence à la Société des médecins de la Charité à Berlin, l'auteur donne son opinion sur le traitement chirurgical dans la rhinologie.

Je ne recommande ni la cautérisation, ni l'électrolyse, qui toutes deux sont inférieures à la chirurgie par le couteau et les ciseaux. Surtout la résection de la cloison, suivant la méthode de Killian, est très recommandée. De même le traitement chirurgical des sinusites par des incisions externes doit être réservé aux cas très graves. En général, l'effet du traitement endonasal est insuffisant (ouverture du sinus maxillaire par le conduit nasal inférieur; drainage du sinus frontal après avoir réséqué le cornet moyen).

SCHŒNEMANN (de Berne).

III. — LARYNX

Manifestations laryngées dans l'ataxie locomotrice et la sclérose en plaques, par FREUDENTHAL (*Journal of the amer. medic. ass.*, 15 juin 1908).

Le larynx est souvent le siège d'affections sérieuses chez les tabétiques. Les crises laryngées sont si fréquentes, qu'elles ont une valeur pathognomonique. Les paralysies uni- et bilatérales des abducteurs sont les affections par excellence des tabétiques, mais, une paralysie unilatérale du nerf récurrent avec souvent la corde vocale en hyperabduction (comme l'a vue Harland) n'a rien de rare. Les fibres abductrices du récurrent sont atteintes primitivement aussi bien dans le tabès que dans la sclérose en plaques. Souvent, chez les tabétiques, la voix n'est pas changée, malgré que les lésions

soient avancées. Pour obtenir un diagnostic positif, il faut observer ces cas pendant une longue période. Dans la sclérose en plaques, il y a souvent une dyspnée subjective qui ne peut être expliquée par aucun des signes objectifs. MENIER (de Figeac).

Deux symptômes de lésion récurrentielle, la bradycardie et l'anesthésie du vestibule, par T. MANCIOLI (*Archiv. Ital. Laring.*, fasc. I, 1909).

Mancioli a voulu se rendre compte, par des expériences rigoureusement conduites, des symptômes déterminés par les lésions du récurrent ; ces expériences ont été de deux sortes : la lésion récurrentielle a été complète (excision ou arrachement) ou incomplète (compression, étirement, excitation physique ou chimique).

Il a obtenu des troubles circulatoires seulement avec l'étirement ou l'arrachement du nerf.

Ayant voulu ensuite étudier les troubles de la sensibilité du larynx, il a expérimenté sur 7 chiens, chez lesquels la sonde, titillant le vestibule laryngé provoquait les réflexes habituels ; il leur a étiré, comprimé ou excisé le récurrent, et il a constaté qu'au bout de quelques jours, les réflexes vestibulaires avaient disparu.

En outre sur 40 malades, il a constaté 10 fois de l'hypoesthésie, 14 fois de l'anesthésie et il en conclut que les lésions récurrentielles attirent progressivement et plus ou moins vite la sensibilité vestibulaire, probablement par une névrite dégénérative ascendante.

U. CALAMIDA (de Milan).

Paralysies laryngées d'origine cardiaque, par DA GRADI et FRATTI (*Gazzetta med. italiana*, nos 31, 32, 33, 34, juillet-août 1908).

Les auteurs publient un cas de paralysie récurrentielle gauche chez une jeune femme atteinte de sténose mitrale. Pas d'autopsie ; mais la radiographie revèle une dilatation énorme de l'oreillette gauche.

Ils se rangent à la théorie d'Ortner qui admet une compression du récurrent contre la paroi inférieure de la crosse de l'aorte par l'oreillette gauche très distendue est repoussée en haut.

Ils ne veulent pas accepter les vues de Kraus, lequel croit que l'hypertrophie du ventricule droit cause une rotation de tout le cœur et par suite abaissement du cône artériel d'où tiraillement de l'anse du récurrent gauche. MENIER (de Figeac).

Paralysies récurrentielles d'origine cérébrale, par J. BROECKAERT, de Gand (*Presse oto-laryngol. belge*, mai 1908, no 5).

Ce travail constitue la critique d'un travail de Roques et Chalier, de Lyon : « Un cas de paralysie d'une corde vocale d'origine cérébrale ».

Les expériences sur les animaux ont prouvé, chez eux, l'existence

d'un centre cortical des mouvements vocaux du larynx (rapprochement volontaire des cordes vocales); d'autres expériences tendent à faire admettre l'existence d'un centre cortical des mouvements respiratoires (écartement volontaire). Chacun de ces centres aurait une action bilatérale.

En physiologie humaine, les documents cliniques manquent et la question est encore difficile à résoudre : le centre cortical du larynx paraît composé de deux centres très rapprochés (centre laryngé phonateur et centre laryngé respiratoire).

B. déduit de ces données, *théoriquement*, l'action des centres corticaux sur le larynx, en admettant que dans chaque hémisphère existe un centre de la représentation *bilatérale* de l'adduction et un centre de la représentation *bilatérale* de l'abduction.

Mais les recherches cliniques ont toujours montré jusqu'ici qu'en cas de laryngoplégie d'origine cérébrale, les manifestations sont unilatérales, croisées, complètes.

Quant à l'observation de Roques et Chalier, elle se résumerait, suivant B., en une paralysie récurrentielle incomplète, par compression médiastinale, due à l'hypertrophie cardiaque, surtout de l'oreillette droite.

B. cite un cas personnel où, à un premier examen, il avait cru pouvoir attribuer la paralysie de la corde droite à une lésion cérébrale, et où un examen plus approfondi lui démontra qu'il y avait manifestement lésion bulbaire. C. Hennebert (de Bruxelles).

Spasme laryngé unilatéral, par Menzel (*Wiener klin. Wochenschrift*, n° 16, 1908).

Compression du récurrent droit par une tumeur maligne du corps thyroïde; dans le territoire musculaire du nerf, il y avait des convulsions réflexes toniques pouvant être provoquées par de légères excitations périphériques, comme par des émotions (psychiques). Pendant le spasme, la corde vocale droite ne se plaçait pas dans la ligne médiane, mais était attirée de l'autre côté, bien au delà de la dite ligne médiane. Menier (de Figeac).

Sur une forme atypique du syndrome d'Avellis, par Savonuzzi, de Ferrare (*Gazzetta degli ospedali*, 30 août 1908).

Le cas diffère de la forme type (hémiplégie glosso-laryngo-pharyngée), car les troubles du larynx manquaient, alors qu'existaient ceux de la langue et du voile avec paralysie du même côté. Adénopathie rétro-cervicale gauche. Pas de commémoratifs de syphilis; cependant le traitement spécifique amena la guérison.

A cause des volumineux ganglions situés derrière le sterno-mastoïdien, l'auteur ne croit pas que le glosso-pharyngien et l'hypoglosse aient pu être comprimés dans leur trajet extra-cranien ; il croit qu'il s'agissait plutôt d'un foyer de méningite basilaire syphilitique de la fosse cérébrale postérieure gauche. Menier (de Figeac).

Un nouveau cas de guérison d'une sténose laryngée aiguë grave non diphtérique chez l'enfant, par les injections de morphine, par SARGNON et ROME (*La Province médicale*, 21 novembre 1908).

L'un des auteurs a publié avec MM. Barlatier et Mastier un cas de sténose grave aiguë laryngée chez un enfant de 14 mois (*Province médicale*, 30 octobre 1908).

Il signalait aussi un cas tout récent de guérison d'un œdème aigu du larynx chez un adulte par le même procédé ; il leur a été donné d'observer ces jours-ci chez une fillette de 14 ans une sténose grave inflammatoire aiguë avec croûtes sus-glottiques ; dans ce cas encore, l'injection de morphine a permis d'éviter toute intervention ; ci-joint, d'ailleurs, l'observation :

Tubages onze ans auparavant ; sténose cricoïdienne large consécutive ; sténoses aiguës laryngées intermittentes ; sténose aiguë grave, inflammatoire avec croûte laryngées : injection de morphine ; guérison sans intervention. — M^lle C..., 13 ans. Le père et la mère de la malade sont vivants ; la mère a été opérée deux ans auparavant d'un empyème, elle a de la bronchite. Six frères ou sœurs en bonne santé : un frère mort du croup, un autre mort à 15 jours.

La petite malade a joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de 2 ans et demi. A cette époque, elle eut la rougeole, et quelque temps après la diphtérie. Tubée le deuxième jour par M. Rabot, elle garda le tube 10 jours : on dut, sitôt après le détubage, faire une nouvelle intubation. Détubage définitif 7 jours plus tard.

Pendant les trois années qui suivirent, la malade n'a jamais eu une respiration parfaite : elle s'essoufflait au moindre effort et à deux reprises elle eut des accès de suffocation pendant lesquels on songea à la tuber. Depuis l'âge de 5 ans 1/2, ces accès ne se sont pas reproduits, mais la dyspnée d'effort a persisté. La voix a toujours été un peu voilée et tous les hivers la malade devait garder la chambre pendant un mois ou deux. L'hiver dernier seul s'est passé sans accidents.

Le 1^er novembre 1908, la malade se plaignit de maux de tête et de quelques frissons. Le soir, la voix était enrouée. Malgré cela, la malade continua à sortir et à aller en classe sans se plaindre davantage. Le 4, après midi, ses parents remarquèrent qu'elle respirait difficilement et avec bruit. Ils la gardèrent à la maison. Le même soir, à 6 heures, l'oppression ayant augmenté, on nous fit appeler. A ce moment, la respiration était difficile : il y avait du cornage, un léger tirage sus-sternal et xiphoïdien. Pas de cyanose. Voix et toux complètement éteintes. L'examen de la gorge révèle un peu de rougeur des amygdales, sans fausses membranes : deux petits ganglions sous-maxillaires bilatéraux. L'auscultation des poumons ne révèle rien d'anormal. P. 120 à 132. T. 37°,8. On prescrit des inhalations de benjoin, des compresses chaudes et des cataplasmes, 2 grammes de K Br. en potion pour la nuit.

La nuit a été relativement bonne et la malade a dormi : mais le matin, à 7 heures, elle est prise d'un accès de suffocation avec tirage intense, cyanose, pouls incomptable. L'accès calmé, le tirage et le cornage persistent.

La malade est examinée alors, et on fait immédiatement une piqûre ne 0 gr. 01 de morphine. Pulvérisations avec l'appareil de Richardson.

Examen rhinoscopique : de grosses croûtes sèches à l'entrée des narines.

Examen de la gorge : rougeur légère de la région amygdalienne et du pharynx.

L'examen laryngoscopique fort difficile à cause de la dyspnée, montre que l'orifice supérieur est rouge, enflammé, sans œdème. Le vestibule laryngien est garni de mucosités avec des croûtes noirâtres ; cordes non vues.

Après la piqûre, la malade se sent mieux et devient plus calme. La dyspnée diminue. Mais à dix heures, nouvel accès de suffocation avec cyanose ; cet accès se termine par le rejet à deux reprises de mucosités jaunes grisâtres, sans trace de fausses membranes. Température 37°9.

Après cet incident, l'état de la malade va progressivement en s'améliorant. Le cornage et le tirage ont complètement disparu à deux heures. A six heures, l'état de la malade permet un examen rhinoscopique et laryngoscopique plus complets qui montre les narines libres, le pharynx non enflammé, les cordes un peu rougeâtres, œdématiées ; les croûtes laryngées ont disparu ; région sous-glottique non vue à cause de l'adduction des cordes.

Température 38°2 le 6 novembre. Ce matin, la température est de 37°2. Il y avait un peu de cornage au réveil, mais il a disparu très vite.

Le soir, la température reste normale : la respiration s'effectue facilement. Les urines ne renferment pas d'albumine.

9 novembre : La malade se lève depuis deux jours : la respiration est toujours un peu bruyante le matin, et la voix reste éteinte.

L'examen des cultures a montré des cocci, des staphylocoques et quelques streptocoques, mais pas de Lœfler. L'examen laryngoscopique pratiqué le 16 novembre, montre très nettement un bourrelet circulaire cicatriciel cricoïdien plus marqué à droite et rétrécissant très notablement le larynx. Coryza purulent gauche, qui explique bien la présence des croûtes laryngées.

Sargnon a déjà étudié cette importante question de pratique infantile dans les sténoses laryngées aiguës, nous ne voulons pas y revenir, mais nous devons compléter ce travail en rappelant que le Dr Ausset, de Lille, a fait à la Société de médecine du Nord (1908), une importante communication sur deux cas de sténose laryngée infantile, l'une chez un enfant de seize mois (laryngite non diphtérique), l'autre chez un enfant de 27 mois atteint de sténose diphtérique post-rubéolique.

En somme, les piqûres de morphine dans nombre de cas de sté-

noses aiguës laryngées graves, même chez le tout petit enfant, constituent une excellente médication et évitent souvent de pratiquer soit l'intubation, soit la trachéotomie, opérations d'urgence toujours graves.

Cette observation est aussi très intéressante par la présence d'une sténose cicatricielle cricoïdienne, due à des tubages pratiqués onze ans avant, et ayant amené depuis lors des accès graves de suffocation ; si de pareils accès reviennent, ils ont l'intention de pratiquer une trachéo-cricostomie pour mettre la malade à l'abri d'une suffocation mortelle. Cette opération d'ailleurs a été particulièrement bien réglée par Sargnon, qui a fait faire un grand pas à la question. Il serait même à souhaiter que cette opération se vulgarisât davantage, et les lecteurs des *Archives* connaissent bien les travaux, remarquables à bien des titres, dont Sargnon leur réserve la primeur ; il est donc inutile d'insister sur leur valeur. A.-R. Salamo (de Paris).

Sur l'étiologie des asphyxies tardives après ablation du larynx (1er article), par V. M. Mints (*Archives russes de Chirurgie*, n° 2, 1907).

L'auteur décrit une complication particulière survenue plusieurs années après une laryngectomie. Il s'agit d'une malade de 50 ans, opérée 5 ans auparavant pour cancer du larynx. Lorsqu'elle vint consulter, elle ressentait déjà depuis 1 an et demi une douleur dans le côté gauche du thorax et expectorait de temps en temps des grumeaux de coloration brune. Soudain elle eut des accès d'asphyxie et l'auteur put s'assurer que le poumon gauche ne respirait presque plus. Un drain de caoutchouc introduit dans la trachée rencontra un obstacle qui put être repoussé, puis le drain pénétra dans la bronche droite. L'asphyxie cessa. Un tube bronchoscopique permit de voir dans la bronche gauche une ombre formée par un corps étranger. L'accès d'asphyxie se reproduisit aussitôt le drain enlevé, mais bientôt des quintes de toux chassèrent au dehors un corps étranger de coloration brune ayant une consistance de caoutchouc et dont la longueur atteignait 5 centimètres sur 1 cm. 1/2 à 2 de diamètre.

Le lendemain, il y eut de nouveau des accès d'asphyxie et de nouveau expulsion de 4 corps étrangers de même nature.

Ces corps étrangers étaient des moulages de l'arbre bronchique et étaient constitués d'amas de fibrine et de mucus contenant des globules de pus, des globules rouges altérés, des colonies microbiennes (staphylocoques et diplocoques de Fränkel).

D'après l'ruteur, ces amas se sont constitués lentement de sang et de mucus : leur production est due au traumatisme causé par le tube que les malades portent après l'ablation du larynx.

M. de Kervily (de Paris).

Rétrécissement du larynx consécutif à la diphtérie, par A. Jouty, d'Oran (*Rev. heb. de laryng.*, n° 2, 9 janv. 1909).

Observation d'une fillette de deux ans atteinte de diphtérie.

Tubage, chute du tube dans la trachée. Extraction. Trachéotomie puis rétrécissement laryngé. La dilatation est obtenue mais le larynx quoique très *dilatable* ne reste pas *dilaté* et l'ablation de la canule trachéale amène aussitôt de la suffocation.

J.-E. Mathieu (de Challes-Hyères).

Tuberculose laryngée et syphilis méconnue. Evolution et traitement, par Dubar (Société de Médecine de Paris, 12 février 1909 ; *Gazette des Hôpitaux*, 18 février 1909).

La tuberculose et la syphilis peuvent former une association morbide dont la symptomatologie affecte des caractères tantôt spéciaux et tantôt se rapportant aux deux diathèses précédentes. Le traitement doit être dirigé contre la syphilis et dans le cas particulier l'emploi du biiodure d'hydrargyre en solution aqueuse a donné des résultats. Toutefois, les lésions ressortissant à la tuberculose ont évolué sans rétrocéder. Donc, il convient d'instituer également un autre traitement ; au premier rang, il faut citer l'iode combiné au mercure, le méthylarsinate disodique à hautes doses (10 à 20 centigrammes par vingt-quatre heures) et les inhalations médicamenteuses renouvelées huit à dix fois par jour.

A. Perretière (de Lyon).

Traumatisme du larynx au point de vue médico-légal, par Heudück (de Cüxhaven) (*Deutsche med. Zeitung*, n°5,1908. *Allgemeine Wiener med. Zeitung*, 26 mai 1908).

Conclusions. 1° Au point de vue médico-légal, on doit admettre la commotion laryngée. 2° Celle-ci est encore un peu inexpliquée, mais les faits nouveaux l'éclairent tous les jours. 3° Parmi les fractures du larynx, on remarque 4 types : *a*) fracture des cornes du thyroïde au-dessous du sommet ou à la base (pendaison) ; *b*) fracture médiane du cartilage thyroïde (étranglement) ; *c*) fractures obliques, transverses, mixtes, du cartilage par toute violence agissant d'avant en arrière (étranglement, coup, choc, chute, corps étranger lancé sur le larynx) ; *d*) fracture double du cricoïde par traumatisme indirect. Ces types peuvent cependant se combiner. 4° Pour les lésions par instruments tranchants, on étudiera la situation, la grandeur, la profondeur, la direction de la plaie. 5° Il est très difficile de prouver à fond, sans avoir recours aux circonstances concomitantes, que la mort peut avoir été la conséquence d'un traumatisme du larynx. 6° Il est assez difficile d'évaluer l'indemnité à accorder pour les troubles tardifs consécutifs à un traumatisme du larynx. 7° Dans ces derniers temps, le pronostic de ces traumatismes est devenu beaucoup plus favorable. 9° Enfin, c'est une faute grave dans le traitement des traumatismes du larynx de ne pas faire la trachéotomie dès qu'il survient danger d'asphyxie.

Menier (de Figeac).

Un cas de papillome du larynx, par Quadi (*La semaine med.*, Buenos-Aires, 1908).

Chez une petite fille de 6 ans, rauque et présentant du tirage,

l'auteur, après un examen très difficile et une vaine tentative par laryngoscopie indirecte, se décide à pratiquer, sous le chloroforme, la laryngoscopie de Killian ; bons résultats.

E. Botella (de Madrid).

Cancer du larynx et fistule œsophagienne, par Moure (*Gaz. hebd. des sc. médic. de Bordeaux*, 2 août 1908).

Présentation d'un malade âgé de 47 ans venu à la consultation pour un enrouement datant de deux mois déjà.

A l'examen laryngoscopique on voit une tuméfaction rosée, régulière, de la région aryténoïdienne gauche ainsi que des replis ary-et glosso-épiglottiques.

La corde vocale gauche se meut à peine. Elle paraît saine.

Absence complète de ganglions, pas la moindre douleur, simplement troubles vocaux trés marqués.

L'aspect de la lésion ne permet pas de porter de diagnostic précis.

L'examen histologique hésite entre une infiltration tuberculeuse et un néoplasme.

Deux mois après, gêne respiratoire très marquée. La tumeur a évolué ; de lisse elle est devenue granitée, saignante ; les ganglions carotidiens se détachent nettement sous le doigt. La partie droite du larynx, dans sa portion aryténoïdienne est infiltrée. Les craquements laryngés conservés jusqu'à ce jour ont disparu. Le diagnostic s'impose et l'examen histologique d'une seconde biopsie révèle un épithélioma pavimenteux lobulé. On pratique d'urgence une trachéotomie, l'étendue de la lésion et son retentissement ganglionnaire ne permettant pas de songer à une intervention radicale. La tumeur continue à évoluer, les douleurs deviennent intolérables. La déglutition des solides est impossible et les liquides ressortent à droite dans la région sus-claviculaire. Une sonde molle et fine ne permet pas l'exploration du trajet fistuleux.

R. Beausoleil (de Bordeaux).

Laryngostomie dans les rétrécissements cicatriciels du larynx, par Sargnon et Barlatier (Société des sciences médicales, 13 novembre 1907 ; in *Lyon médical*, 1er décembre 1907).

Les auteurs signalent 3 cas de laryngostomie dont 1 presque complètement suturé, les deux autres sont complètement dilatés, mais la suture n'a pas encore était faite. Le résultat respiratoire est parfait, la phonation dans les deux premiers cas est bonne : ces deux malades peuvent même chanter. Sargnon (de Lyon).

Régénération d'une corde vocale après extirpation totale pour cancer[1], par Lannois et Durand, de Lyon (*Rev. heb. de laryng.*, n° 2, 9 janv. 1909).

Ce n'est pas seulement au point de vue vital que la thyrotomie a

1. Travail communiqué à la société française d'oto-rhino-laryngologie (mai 1908).

donné des résultats remarquables, « les résultats fonctionnels sont parfois étonnants ».

Les auteurs rapportent l'observation d'un malade, à qui on enleva un épithélioma malpighien lobulé (examen histologique) bien localisé à la corde droite. Or, huit jours après cette intervention le malade recommençait à parler. L'examen laryngoscopique montrait une plaie presque totalement réparée. Trois semaines après, un petit repli muqueux de couleur blanche simulait une corde véritable qui avait été paralysée. Près d'un an après le malade n'étant menacé aucunement de récidive continuait à se servir de sa corde nouvelle. Certes il n'y a pas régénération au sens exact du mot. Les auteurs rappellent les expériences de Citelli sur les chiens ou ce même repli muqueux se forma ; leur observation a ceci de tout à fait remarquable d'ailleurs que cette « réparation » se fit avec une rapidité étonnante.

J.-E. Mathieu (de Challes-Hyères).

Sur les modifications régressives du cartilage de l'épiglotte et leurs conséquences, par Lindemann (*Virchows Archiv*, 1er août 1908).

Souvent, au voisinage du bord libre, il survient des régressions du cartilage : transformation fibreuse de la substance fondamentale avec anomalies cellulaires, puis, atrophie des régions altérées et incurvations bilatérales du cartilage. Le bord libre de l'épiglotte pourra ainsi être tordu en avant, Les maladies du poumon, la traction sur le ligament glosso-épiglottique raccourci (syphilis cicatricielle de la base de la langue) favorisent ce renversement en avant du bord.

Menier (de Figeac).

Au sujet de la laryngectomie pour cancer, par M. V. Mints (*Archives russes de chirurgie*, 1907).

L'auteur décrit les différents procédés opératoires et présente les observations de 11 cas personnels.

M. de Kervily (de Paris).

Laryngectomie. Présentation de pièces, par Pietri (*Gaz. hebd. des Sc. médic. de Bordeaux*, 26 juillet 1908).

Présentation d'un larynx enlevé par Moure à un malade de 45 ans venu à la consultation parce que depuis 5 mois son timbre de voix s'est sensiblement modifié et que depuis quelques jours, en même temps qu'une certaine gêne respiratoire, il avait éprouvé des élancements dans l'oreille gauche.

A l'examen laryngoscopique on voit une tumeur multilobée, bourgeonnante, rougeâtre, recouverte par plaques d'un léger exsudat jaunâtre et paraissant bien limitée à l'épiglotte, aux replis aryténo-épiglottiques et glosso-épiglottiques.

A la palpation, on trouve à gauche une saillie dure, immobile sur le cartilage thyroïde, adhérente aux parties profondes. Les craquements laryngiens ont à peu près disparu.

L'examen histologique démontre nettement qu'il s'agit d'un épithélioma pavimenteux lobulé en voie d'évolution carcinomateuse.

On pratique la laryngectomie. La paroi antérieure de l'œsophage ample et solide facilite le temps de l'opération qui consiste à la reconstitution du plan profond antérieur. Une sonde œsophagienne facilite l'alimentation pendant les premiers jours.

Réunion immédiate. Mise en place de la canule de Lombard. Pansement. R. Beausoleil (de Bordeaux).

IV. — PHARYNX

Observations sur la structure des amygdales palatines, par Alagna (*Anatomischer Anzeiger*, XXXIII, 1908).

L'auteur a trouvé en plein tissu amygdalien du chien des pertes épithéliales isolées, dont la constitution rappelait plus ou moins celle des corpuscules de Hassel.

En outre il décrit une formation caractéristique située en plein tissu adénoïdien, au voisinage des amas glandulaires ; elle est constituée par une cavité centrale entourée d'éléments cellulaires.

U. Calamida (de Milan).

Oblitération congénitale des choanes, par Quadi (*La semana Med.*, Buenos-Aires, 1908).

Chez une enfant de 13 ans, respirant exclusivement par la bouche, ayant présenté des troubles de la respiration et une otite pendant 6 ans et opérée de végétations, l'auteur trouve de la rhinite atrophique et une oblitération choanale complète ; opération ; guérison.

E. Botella (de Madrid).

Hypertrophie aiguë, unilatérale et récidivante des amygdales palatines avec examen histo-pathologique [1], par Francis Munch, de Paris. (*Rev. hebd. de laryng.*, févr. 1909).

A propos d'un cas observé et opéré par le Dr de Marc' Hadour, l'auteur après en avoir donné un compte rendu détaillé, expose les résultats de l'examen histologique qu'il a pratiqué lui-même. Il y ajoute deux cas, l'un du Dr Lavrand, l'autre du Dr Compaired qui lui semblent superposables au sien.

Dans les trois cas, il s'agit d'individus dont une amygdale présenta une hypertrophie inflammatoire rapide, hypertrophie qui régressa à la suite d'une ablation incomplète. Ces cas sont caractérisés histologiquement par l'absence de lésions pouvant faire croire à un processus tuberculeux syphilitique ou sarcomateux, par la présence d'une réaction lymphoïde très considérable et parfois un foyer microbien recouvert par un exsudat fibrineux le protégeant contre les badigeonnages ou les autres traitements de surface.

J.-E. Mathieu (de Challes-Hyères).

1. Travail de candidature à la Société française d'oto-rhino-laryngologie, mai 1908.

Sur un cas de charbon des amygdales, par Dia Nouvy Pascha et Docent Haida Bey (*Deutsch. mediz. Wochenschrift*, n° 33, 1908).

Le titre indique la teneur de l'article.

Schœnemann (de Berne).

Angine de Vincent à marche chronique, par S. Pusateri (*Archiv. Ital. Otol.*, vol. XX, 1909).

Cette affection avait envahi les deux amygdales, en y déterminant de vastes pertes de substance et avait duré pendant une période de temps considérable, rendant ainsi le diagnostic particulièrement difficile. U. Calamida (de Milan).

Tuberculose du naso-pharynx, par P.-H. Abercombrie (*Med. of the Central London Throat and Ear Hosp.*, vol. I, 1908).

F. O., âgé de 26 ans, commissionnaire, se rend à l'hôpital en janvier 1906. Il se plaint d'une obstruction nasale bilatérale presque complète, en progression depuis 10 mois. On trouve un catarrhe léger, une déviation de la cloison, et le miroir rhino-pharyngien montre une large masse lisse, rose pâle, comblant presque le naso-pharynx. Le malade paraît avoir une bonne santé, ses poumons sont sains, son hérédité est exempte de tuberculose. Le 19 janvier, sous anesthésie, l'auteur curette la tumeur. Guérison sans récidive.

Le Dr Wyatt Wingrave pratique l'examen histologique, ne trouve pas de bacilles ni la réaction caractéristique de la tuberculose : cellule géante et cellule épithélioïde, et émet l'hypothèse qu'il s'agit d'un lymphadénome.

M. Butlin consulté affirme la nature tuberculeuse de cette réaction lymphadénomateuse. Labouré (d'Amiens).

Démonstration de tuberculose amygdalienne primitive, par Gouis (de Bruxelles) (*Verhandlungen des Vereins deutscher Laryngologen*, 1908).

Jeune institutrice de 23 ans, souffrant de la gorge. Les amygdales semblent hypertrophiées : cautérisations ; les petites plaies se couvrent de granulations suspectes. Examen thoracique négatif ; la malade semblait être au-dessus de tout soupçon de tuberculose. L'emploi de la tuberculine en injection donne une réaction très nette (fièvre : 39°7).

L'examen d'un fragment d'amygdale révèle des tubercules avec cellules géantes. Menier (de Figeac).

Relation d'un cas d'insuffisance vélo-palatine[1], par Rouvillois, médecin-major de 2e classe, professeur agrégé au Val-de-Grâce (*Rev. hebd. de Laryng.*, n° 52, 26 décembre 1908).

Observation détaillée, accompagnée d'un dessin montrant pendant

1. Travail de candidature à la Société française d'oto-rhino-laryngologie, mai 1908.

une contraction du voile, à l'union d'une voûte osseuse raccourcie sur sa ligne médiane et du voile, une dépression en fer à cheval comme si le voile était aspiré en haut dans le naso-pharynx. Au maximum de contraction du voile un espace de 10 millimètres sépare encore le voile de la paroi postérieure du pharynx. On peut refouler avec un abaisse-langue le voile jusqu'au contact de la paroi postérieure.

Le malade ayant refusé toute intervention, l'auteur n'a pu exécuter l'opération de Botey (rétrécissement par plissement de l'isthme naso-pharyngé) qui leur paraissait le mieux remplir les indications.

J.-E. Mathieu (de Challes-Hyères).

Ablation d'un polype naso-pharyngien ayant envahi tous les sinus de la face, par Doyen, de Paris (*Revue critique de méd. et de chirurgie*, septembre 1908).

Relation d'un cas opéré chez un jeune Syrien de 15 ans (début quatre ans), à l'aide d'une rugine coudée et de la pince-gouge de l'auteur. La tumeur avait contracté des adhérences étendues avec la paroi antérieure du sinus maxillaire. Durée de l'opération : à peine une minute; perte de sang 500 à 600 gr. Guérison complète en huit jours.

Menier (de Figeac).

Au sujet de l'influence réflexe des végétations adénoïdes, par L. Einis (*Vratchebnaïa Gazeta*, 1908, n° 10).

Parmi le grand nombre (450) de malades atteints de végétations adénoïdes que l'auteur a traités, il en est 9 chez lesquels la présence des végétations a provoqué par réflexe des symptômes souvent inattendus. Ce sont ces observations que l'auteur publie. Tous ces symptômes réflexes se produisent, selon l'auteur, uniquement chez des malades prédisposés ayant de l'asthénie nerveuse de nature hystérique ou neurasthénique.

De plus, les végétations adénoïdes peuvent toujours par voie réflexe, amener la persistance d'un symptôme dû à une autre origine.

Dans un cas, par exemple, une toux due à un rhume a persisté malgré le traitement médical jusqu'à ce que l'ablation des végétations ait été pratiquée. Parmi les affections réflexes rares coïncidant avec la présence d'adénoïdes, l'auteur indique l'appendicite chronique. Il conseille donc d'examiner le naso-pharynx dans tous les cas d'appencite chronique.

Enfin, l'auteur considère qu'un état de faiblesse générale ne doit être une contre-indication pour l'opération des adénoïdes que dans de rares cas, car il est fréquent de voir que cette faiblesse elle-même dépend de l'existence de ces végétations.

M. de Kervily (de Paris).

Application du procédé palatin pour l'ablation de tumeurs naso-pharyngiennes, par Nourok (*Archives russes de chirurgie*, 1907).

Description de 12 cas opérés selon le procédé de Gussenbauer et Miculicz, modifié par V. Mints.

M. de Kervily (de Paris).

Ostéo-chondrome naso-pharyngien, par Moure (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 13 décembre 1908).

Moure montre un homme de 40 ans présentant une volumineuse tumeur naso-pharyngienne ayant entraîné une gêne respiratoire, de l'exophtalmie gauche et une déformation très prénoncée de la face. La résection du maxillaire supérieur étant pratiquée, on put enlever l'énorme tumeur avec ses multiples prolongements. L'examen microscopique montre qu'il s'agissait d'un ostéo-chondrome.

R. Beausoleil (de Bordeaux).

Un nouvel amygdalotome à anse, par C. von Stein (*Journal mensuel russe des maladies des oreilles, de la gorge et du nez*, 1907, n° 4).

L'amygdalotome de Krause présente de très nombreux avantages mais il a certains inconvénients dus à ce que souvent on ne peut couper entièrement l'amygdale, une partie du tissu étant attiré dans le tube où passe le fil métallique et on est alors obligé de recourir aux ciseaux. Si l'on réussit à sectionner l'amygdale, cette dernière est souvent avalée et peut quelquefois tomber dans le larynx.

L'auteur a établi les modifications suivantes : le conducteur du fil métallique est élargi à son extrémité antérieure et aplati. Le bord antérieur ainsi constitué est tranchant ; il sectionne l'amygdale. Pour que cette dernière ne tombe pas il est adapté à l'appareil une pointe en hameçon que l'on enfonce aussitôt que l'amygdale est saisie par l'anse.

M. de Kervily (de Paris).

V. — BOUCHE

Macroglossie chez un enfant de 5 ans, par G. Demenkiew (*Wratschebnaïa Gazeta*, n° 5, 1908).

La macroglossie alternait avec des périodes où la langue avait des dimensions normales. Sialorrhée ; ganglions.

La langue fait hors de la bouche une saillie de 6 centimètres. On amputa la partie saillante et l'examen microscopique montra qu'il s'agissait de lymphangiome.

Menier (de Figeac).

Au sujet de la mélanotrichie linguale, par le Prof. V. Okuneff (*Journal mensuel russe des maladies des oreilles, de la gorge et du nez*, 1907, nos 2 et 3 avec 6 fig.).

L'étude de cette affection rare est faite à l'occasion de 2 cas que l'auteur a observés. L'affection atteint la surface dorsale de la langue, qui prend une coloration brune ou noire sur une partie qui ne dépasse pas 2 à 3 centimètres de contour. On a l'aspect rappelant un pinceau dont les poils retiennent une substance visqueuse. La pointe de la langue, les bords et la face inférieure ne sont jamais atteints.

L'un des malades avait 80 ans, l'autre 50, pas de syphilis ni d'alcoolisme. La plaque pileuse ne provoquait aucune douleur et les malades n'avaient que la sensation d'un corps étranger dont ils ne pouvaient se débarrasser. Certains de ces poils constitués par des papilles filiformes modifiées avaient plus de 1 cm. et demi de longueur. A l'examen microscopique les poils présentaient à leur surface des cellules épithéliales cornées imbriquées comme des écailles de poisson et qui, au sommet du poil se séparent en pinceau. Un pigment amorphe imprègne ces cellules ; le noyau est le plus souvent invisible ; quelquefois on en voit cependant les traces. Les recherches d'Okuneff ont particulièrement porté sur l'analyse chimique du pigment. Par la méthode de Stieda, on peut distinguer trois espèces de pigment selon qu'on examine les cellules jeunes ou plus avancées dans leur évolution et ces trois variétés contiennent du fer.

Le traitement appliqué a été l'ablation de la plaque de mélanotrichie ; l'hémorragie a été insignifiante et la guérison a été obtenue rapidement. Depuis 5 ans il n'y a pas eu de récidive.

M. DE KERVILY (de Paris).

Des ulcérations bucco-pharyngées de la fièvre typhoïde, par TROUILLEUR, de Lyon (*Presse otolaryngol. belge*, avril 1908, n° 4).

Sur 220 cas de fièvre typhoïde dans lesquels la bouche et le pharynx furent examinés chaque jour (Devic), il y eut 81 cas présentant des ulcérations bucco-pharyngées.

Elles siègent de préférence à la partie supérieure des piliers antérieurs du voile ; moins souvent aux bords ou à la partie postérieure de la langue ; rarement aux lèvres ou aux joues ; souvent, les localisations sont multiples. L'auteur en décrit l'aspect et l'évolution ; elles ne s'accompagnent pas d'adénopathie, sont indolores ; leur durée est variable de 5 à 30 jours ; elles n'ont pas de tendance à s'étendre. On peut les considérer comme des signes du début et elles sont d'autant plus fréquentes que les formes de fièvre typhoïde sont plus graves.

Elles seraient dues, selon l'auteur, à la compression exercée par les dents ou par le décubitus. Le traitement se résume dans l'hygiène de la bouche. C. HENNEBERT (de Bruxelles).

Angine de Ludwig, par BOADE (*La medic. de los Ninos*, Barcelone, juno 1908).

Enfant de 3 ans : tuméfaction sous-maxillaire droite, tuméfaction buccale du même côté, fluctuation, fièvre, état général mauvais, grandes irrigations chaudes au thymol à 1/10000 et au bleu de méthylène, ouverture spontanée de l'abcès ; pus à staphylocoques ; guérison. E. BOTELLA (de Madrid).

Sur une affection de la région sous-maxillaire d'interprétation peu facile, par FIORAVANTI, de Florence (*Il Morgagni*, septembre 1908).

Il s'agit d'une tuméfaction de la région, chez un sujet de 34 ans. Diagnostiquée comme abcès et incisée, sans qu'il sortît de pus, elle disparut pour revenir en quelques jours.

Après exclusion de lithiase du canal de Wharton, de tuberculose de la glande sous-maxillaire, de syphilis tertiaire (rares), de kystes survenant au cours de tumeurs malignes de la glande ou des ganglions voisins, on fit le diagnostic d'angiome, confirmé par l'examen histologique, après ablation. C'était un hémangiome caverneux, né et développé dans le tissu cellulo-graisseux de la loge sous-maxillaire.

Par suite des altérations graves et avancées des parois vasculaires, il s'était formé un vaste foyer hémorragique qui masqua tout à fait les caractères cliniques de l'angiome. MENIER (de Figeac).

VI. — AUDITION, SURDI-MUTITÉ

Sur les procédés d'examen du labyrinthe et leur importance clinique, par C. BÉLINOFF (*Journal russe des nouveautés médicales*, 1907, nos 13 et 14).

L'auteur présente un aperçu des méthodes récemment introduites en otologie et expose ses méthodes personnelles basées sur l'inclinaison latérale de la tête. Lorsque la tête est inclinée rapidement, chez un homme normal, par exemple à droite on constate souvent plusieurs mouvements oscillatoires de rotation du globe oculaire lorsque le sujet regarde à droite. Ces mouvements disparaissent si le sujet regarde à gauche et ne se répètent pas si, secondairement, le sujet regarde à droite.

Ce nystagmus peut être expliqué par les mouvements que subit l'endolymphe dans les canaux semi-circulaires lorsque la tête est inclinée.

Lorsque le labyrinthe est lésé, l'auteur a constaté qu'il n'y a aucune réaction lorsque la tête est inclinée du côté de la lésion labyrinthique. Lorsque la tête est inclinée du côté de l'oreille saine, il existe un nystagmus prolongé de caractère rotatoire lorsque le sujet regarde du même côté.

Selon l'auteur, la destruction du labyrinthe du côté malade entraîne l'absence de toute réaction, tandis que l'irritation par compensation du labyrinthe du côté non malade donne un nystagmus très marqué après une excitation aussi faible que celle produite par l'inclination de la tête. M. DE KERVILY (de Paris).

Sur les rapports de la surdité labyrinthique chronique progressive avec la maladie de Ménière, par Franz ALEXANDER et P. MANASSE (*Zeitschrift. f. Ohrenh. u. f. d. Krankh. der Luftwege*, février 1908. Vol. LV, 3e partie, pp. 183-189).

Presque tous les cas de vraie maladie de Ménière, c'est-à-dire les formes apoplectiques, atteignent des sujets ayant depuis longtemps des troubles auriculaires et principalement de la surdité labyrinthique chronique progressive (surdité nerveuse). Les auteurs en rapportent 12 cas. Anatomiquement, les transformations se voient principalement en 4 points de l'appareil de perception (G. Alexander, Brühl, Manasse). Ces points sont : le ductus cochlearis, le ganglion spiral, les fines terminaisons du nerf acoustique dans le limaçon, le tronc du nerf acoustique lui-même. Il s'agit d'états d'atrophie ou de dégénérescence des éléments nerveux et de néoformation de tissu conjonctif. Sur 31 cas examinés anatomiquement par Manasse il y en avait deux qui, à part ces transformations, montraient des hémorragies multiples dans le labyrinthe et le nerf acoustique.

Un cas est mort d'apoplexie cérébrale quelques jours après l'attaque de Ménière et on trouva des hémorragies fraîches et multiples dans toutes les branches du nerf acoustique, hémorragies qui, pour les auteurs, étaient sûrement la cause de l'attaque de Ménière apoplectiforme, survenue quelques jours avant la mort.

Les seuls cas de maladie de Ménière jusqu'ici examinés microscopiquement, évoluèrent sur des malades atteints de *leucémie* (Schwabach, Koch, Finlayson, Politzer, G. Alexander). G. Alexander est d'ailleurs d'avis que tous les cas de maladie de Ménière des vieux auteurs étaient très vraisemblablement des cas de leucémie, même le premier cas historique de Ménière.

Le cas des auteurs ne montrait, par contre, pas le moindre signe de leucémie et ils concluent que *la vraie maladie de Ménière se voit aussi chez les non-leucémiques.* C.-J. Koenig (de Paris).

Suppuration labyrinthique et ouïe. Remarques sur la monographie de Herzog portant le même titre, par V. Hinsberg (*Zeitschr. f. Ohrenh. u. f d. krankh. d. Luftw.*, vol. LV, 4e partie, pp. 297-309, avril 1908).

Hinsberg, quoique reconnaissant l'importance des recherches de Herzog sur la marche de la labyrinthite tuberculeuse et surtout la possibilité d'un retour de la fonction auditive jusqu'à un certain point après sa perte totale, n'est pas d'accord avec lui quand il prétend qu'il n'existe pas de suppuration labyrinthique circonscrite avec maintien de la fonction auditive et que la preuve de l'existence de cette dernière avec concomitance de symptômes labyrinthiques, permet d'exclure une affection labyrinthique.

On comprend l'importance qu'il y a à être fixé sur ce point pour éviter de diagnostiquer par erreur un abcès cérébelleux qui donne des symptômes semblables à une labyrinthite avec fonction auditive intacte.

D'ailleurs Herzog se trompe quand il dit que la preuve anatomique d'une inflammation labyrinthique circonscrite n'a pas encore été donnée.

Habermann et Panse en ont rapporté des cas au XVe Congrès de

la Société d'Otologie à Vienne. De plus Herzog n'a examiné que des otites *tuberculeuses* et étend les résultats ainsi obtenus, sans plus ample informé, à toutes les inflammations labyrinthiques. D'après lui, il suffit de l'attiente de l'endostium du labyrinthe sur une petite surface par un foyer inflammatoire pour provoquer une *labyrinthite séreuse généralisée*.

Cependant dans le cas de Habermann, il n'y eut pas de labyrinthite séreuse et nous ne trouvons pas non plus cette condition cliniquement dans les cas où pendant une opération radicale, nous constatons l'ouverture d'un canal semi-circulaire. Ici cependant l'endostium est touché et tous ces malades ne sont pas sourds, comme ils devraient l'être, d'après Herzog, s'il y avait labyrinthite séreuse diffuse. Maintenant il y a lieu de se demander si la fréquence de la labyrinthite séreuse n'est pas une propriété spécifique de la tuberculose labyrinthique.

L'auteur rapporte un cas qui *cliniquement* démontre aussi sûrement que nos connaissances actuelles de la physiologie et de la pathologie du labyrinthe le permettent, la présence d'affection circonscrite de l'appareil semi-circulaire. Neumann observa deux cas semblables. Aussi l'auteur affirme que l'ouïe peut exister avec un état irritatif intense du côté de l'appareil vestibulo-semi-circulaire. L'importance de cette conception au point de vue thérapeutique et opératoire n'échappera à personne.

L'auteur montre aussi, pour répondre à certaines objections de Herzog, que malgré la mise hors de fonction de l'appareil de transmission, et contrairement à la thèse de Bezold, le malade peut parfois entendre les sons inférieurs de l'échelle tonale, en tout cas ceux au-dessous de A. Il cite plusieurs cas de ce genre rapportés par Denker, Wagner, v. Stein et par Bezold lui-même!

C.-J. Koenig (de Paris).

VII. — ORTHOPHONIE

La fatigue laryngée[1], par A. Perretière, de Lyon (*Rev. hebd. de laryng.*, n° 51, 19 décembre 1908).

Ensemble des phénomènes qui déterminent le fonctionnement excessif ou défectueux de l'organe vocal, la fatigue laryngée est essentiellement un épuisement fonctionnel de l'énergie musculaire qui se complique pour devenir pathologique d'auto-intoxication par accumulation de produits toxiques.

La *fatigue* laryngée diffère du *surmenage* vocal (voir *Archives internationales de Laryngologie*, novembre-décembre 1907), lequel est transitoire.

1. Travail de candidature à la Société française d'oto-rhino-laryngologie, mai 1908.

Perte de la tenue régulière du son aboutissant aux troubles de tonalité évidents surtout aux notes de passage, au chevrottement, à la roulette, à l'impuissance à rendre les sons filés, la fatigue laryngée s'accompagne d'accidents tels que cracs, couacs, chats ou grailon dont l'auteur donne des définitions précises.

Les conséquences peuvent en être purement fonctionnelles (Castex et Chauveau entre autres attribuent à des troubles nerveux les symptômes observés, Flatau à de l'épuisement fonctionnel) ou organique, c'est-à-dire coexistant avec une altération matérielle.

Cette dernière se présente sous forme d'un relâchement du bord libre des cordes vocales (Botey, *Annales des maladies de l'oreille*, septembre 1899) ; de congestion simple fréquemment habituelle au niveau de la région aryténoïdienne, de rougeur des cordes, des bandes ventriculaires, etc.

Puis l'hyperémie fait place à un catarrhe localisé au larynx et qui le distingue du catarrhe *a frigore*. On conçoit l'importance capitale du repos dans ces cas, lesquels précèdent souvent les *maladies de la voix proprement dites* : nodules, laryngite chronique, polypes laryngés, etc. J.-E. Mathieu (de Challes-Hyères).

VIII. — TRACHÉE, CORPS THYROÏDE, ŒSOPHAGE

Les corps étrangers de la trachée chez les enfants, par V. Marcouson, de Moscou (Soc. de pédiatrie de Moscou, in *Praktitchesky Vratch*, 1908, n° 12).

L'auteur a basé son travail sur 50 observations recueillies depuis 21 ans à l'hôpital Sainte-Olga. Les corps étrangers que l'on rencontre le plus souvent sont des graines (43 cas sur 20). L'opération a été faite dans 45 cas. Dans 52 °/₀ des cas opérés le corps étranger a été extrait pendant l'opération. Dans 11 °/₀ des cas, la plaie opératoire a été laissée ouverte et une canule y fut laissée, le corps étranger a été expulsé dans une quinte de toux pendant le pansement 2 à 30 jours après l'opération.

Dans 2 cas non opérés le corps étranger a été expulsé au bout de 5 et de 14 mois. Quatre cas opérés pendant des symptômes d'asphyxie ont été terminés par la mort et 3 malades sont morts pendant l'opération. Dans 5 cas, la mort a été causée par des complications diverses (rougeole, tuberculose, gastro-entérite, etc.). Dans un cas, on a trouvé à l'autopsie de l'emphysème et un pneumothorax.

Le traitement opératoire donne donc en somme une assez grande mortalité et l'extraction des corps étrangers par la bronchoscopie donnera sans doute de meilleurs résultats.

M. de Kervily (de Paris).

Présentation du radiogramme d'un calcul bronchique, par Kraus (*Rufclaudische Gesellschaft*. Berlin, 14 mai 1908. *Berliner klin. Woch.*, 22 juin 1908).

Le père du malade est mort de phtisie ; le sujet a lui-même un rétrécissement mitral ; depuis 6 ans : toux, sueurs nocturnes, amaigrissement ; depuis un an, douleur à l'épaule gauche. Lors des quintes de toux, il expectorait des concrétions hérissées, du volume d'une lentille ; bacilles dans les crachats. La radiographie semblait indiquer la présence de calculs.

Ceux-ci contenaient de l'acide silicique, du carbonate et phosphate de chaux et de la cholestérine. MENIER (de Figeac).

Sur un cas de corps étranger dans une bronche enlevé par la méthode bronchoscopique, par MEYER, de Berlin (*Berliner klin. Wochenschrift*, n° 46, 1908).

Il s'agit d'une dent qui a été extraite 6 semaines après l'accident.

SCHŒNEMANN (de Berne).

Au sujet des nerfs vaso-moteurs du corps thyroïde, par N. SINAKEVITCH (*Névrologitchseki Vestnik*, t. XIV, fasc. 3-4, 1908).

Dans ce travail expérimental, l'auteur a cherché à établir si les données physiologiques montrent le bien-fondé des interventions sur le nerf sympathique dans le goitre de Basedow. Abadie ayant fait remarquer que dans cette affection il existe des symptômes d'une irritation du nerf sympathique, Jaboulay en 1896 a proposé de faire la section de la portion cervicale de ce nerf. Jonnesco a été plus loin et à proposé l'ablation des ganglions sympathiques du cou et la résection complète des troncs du sympathique cervical. Certains auteurs ont obtenu par cette opération 59 % d'améliorations ou de guérisons, tandis que d'autres disent n'avoir obtenu que des aggravations et même une terminaison mortelle après l'opération.

L'opération de Jaboulay-Jonnesco est fondée sur cette idée que les filets nerveux vaso-dilatateurs du corps thyroïde passent dans la portion cervicale du sympathique, donc la section en cet endroit diminuera le volume de la glande.

L'auteur a fait 66 expériences sur des chiens : au moyen d'un tambour à levier de Marey, il inscrivait les variations de volume de l'un des lobes du corps thyroïde en même temps qu'un sphygmoscope indiquait la pression sanguine. Les nerfs étaient électrisés par des courants induits.

En excitant le bout périphérique du nerf laryngé supérieur au-dessus de sa division de même qu'en excitant seulement sa branche externe, l'effet obtenu est variable : tantôt diminution du volume de la glande, tantôt augmentation. Dans le nerf laryngé supérieur, il y a des filets vaso-constricteurs et des filets vaso-dilatateurs et selon la prédominance des uns ou des autres la glande diminue ou augmente de volume.

Un effet semblable s'observe dans l'excitation du nerf récurrent, avec cette différence que la glande diminue en général moins nettement, les vaso-dilatateurs y sont donc plus nombreux que les vaso-constricteurs.

Les filets vaso-constricteurs entrent dans la constitution du nerf sympathique ; ils montent, dans le tronc du nerf vago-sympathique, du ganglion inférieur jusqu'au ganglion supérieur et de là seulement se dirigent vers le corps thyroïde. Ils s'unissent alors aux nerfs laryngés pour constituer une branche particulière qui part du ganglion cervical supérieur. Tous les filets vaso-constricteurs passent donc par ce ganglion.

Dans toutes ces expériences, soit par des excitations électriques, soit par des excitations thermiques du sympathique cervical, il n'a jamais été observé de vaso-dilatation dans la glande, ni d'effet mixte. On ne peut donc pas admettre que le nerf sympathique contienne des vaso-dilatateurs. Au contraire, les bouts périphériques des nerfs laryngés donnaient constamment soit de la vaso-dilatation, soit un effet mixte. Les vaso-dilatateurs sont d'origine cérébrale et passent par le nerf vague et ses branches.

Il semble donc d'après ces expériences, qu'il n'est pas justifié de faire la section du sympathique dans le goitre de Basedow dans le but d'obtenir la vaso-constriction ; si cette dernière se produit c'est que pendant l'expérience on a froissé le nerf laryngé supérieur et le nerf vague, ce qui produit une vaso-constriction temporaire qui disparaît au bout de quelque temps. Il reste à démontrer qu'au point de vue anatomique, l'innervation du corps thyroïde se fait chez le chien de la même façon que chez l'homme. M. DE KERVILY.

Contribution à l'étude de la physiologie de l'œsophage, par Pierre NADAL (*Rev. heb. de laryng.*, n° 5, 30 janv. 1909).

Conclusion : « L'œsophage d'un sujet adulte normal au repos, même respirant amplement, possède une lumière purement virtuelle, ne subissant ni dilatation inspiratoire ni retrait expiratoire et ne contient que le produit de sécrétion de ses glandes mêlé, peut-être, d'un peu de spume salivaire. » La partie expérimentale reste à réaliser. J.-E. MATHIEU (de Challes-Hyères).

Fistule œsophagienne spontanée consécutive à un épithéliome envahissant le larynx, par MOURE (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 24 mai 1908).

Présentation d'un malade atteint d'un épithéliome du larynx ayant envahi la base de la langue, l'entrée de l'œsophage et chez lequel il s'est produit une fistule œsophagienne spontanée ouverte au niveau de la région sus-claviculaire droite et qui laisse s'écouler les aliments liquides. Le néoplasme a débuté par le côté gauche ; la fistule s'est donc produite du côté opposé. R. BEAUSOLEIL (de Bordeaux).

Technique de l'œsophagoscopie, par KÖLLIKER, de Leipzig (*Centralbl. für Chirurgie*, n° 23, 1908).

Le rétrécissement physiologique au niveau du cricoïde peut gêner, de deux façons, l'introduction du tube œsophagoscopique, d'abord à cause d'une technique d'introduction défectueuse et, en second lieu, par le spasme du constricteur inférieur du pharynx.

Ce spasme devra être vaincu non par la force, mais par des procédés de douceur (expectation, mouvements de rotation, déglutition à vide). MENIER (de Figeac).

Extraction d'un dentier de l'œsophage grâce à l'œsophagoscopie, par LAFITTE DUPONT (*Journ. de Méd. de Bordeaux*, 20 décembre 1908).

Présentation d'un homme de 40 ans ayant avalé en mangeant une pièce dentaire de 45 millimètres de long sur 22 millimètres de diamètre maximum. L'examen radioscopique montre la pièce dans l'œsophage au niveau du deuxième espace intercostal. Malgré ce diagnostic, le malade est abandonné à son sort durant 15 jours. De nouvelles radiographies permettent alors de constater que le corps étranger n'a pas bougé. Il y a urgence à l'extraire pour éviter son enclavement. L'œsophagoscopie sous chloroforme est pratiquée.

Après avoir franchi la portion initiale de la région médiastinale de l'œsophage, on rencontre une région dont la muqueuse est pâle, infiltrée, d'aspect œdémateux et la friabilité de son aspect fait hésiter un moment avant de la franchir. C'est elle qui précède le corps étranger qui baigne dans du mucus. Epongeage et extraction. Les suites furent sans incident, sauf un très léger vomissement de sang une heure après l'extration.

En présence d'un pareil corps étranger la temporisation est dangereuse, l'emploi du panier de Graeffe est contre-indiquée.

R. BEAUSOLEIL (de Bordeaux).

Actinomycose cervicale, par DELORE (Société nationale de méd., 24 juin 1907, in *Lyon médical*, 19 août 1907).

Malade adulte. Lésion de l'angle droit de la mâchoire ; aspect caractéristique, envahissement de la nuque. Amélioration par l'iodure. La malade vient d'une région où il y a des bestiaux atteints de tumeurs actinomycosiques ; de plus elle a eu de mauvaises dents.

SARGNON (de Lyon).

IX. — THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE

La rœntgenthérapie dans le lupus érythémateux, par AMERIO, de Turin (*Clinica medica italiane*, janvier 1908 avec 6 fig.).

L'auteur passe en revue les diverses méthodes et d'après son expérience personnelle (nombreux cas dont un de lupus érythémateux fixe moins accessible au traitement que la forme en papillon) il conclut qu'on doit compter sur les rayons X comme le moyen le plus sûr et le plus prompt ; en effet, en quelques séances, on peut arriver en deux phases (anémisation et réaction) à la reproduction de la peau normale.

La technique est différente de celle employée pour le lupus tuberculeux où l'on doit agir zone par zone et profondément ; dans le lupus érythémateux, on doit agir sur toute la plaque ; la réaction dermique sera plus légère. MENIER (de Figeac).

Contribution au traitement des catarrhes aigus du nez et du pharynx, par SCHMIDT, de Coire (Suisse) (*Münch. mediz. Wochenschrift*, n° 52, 1908).

Étude du médicament appelé « coryzol » et composé par l'auteur. Ce médicament contient une émulsion de formaline et d'eucalyptol ; mode d'application : verser quelques gouttes sur un linge et faire quelques inhalations par le nez. SCHOENEMANN (de Berne).

De la méthode de Bier en oto-rhino-laryngologie, par le Prof. GAUDIER, de Lille (*Presse oto-laryng. belge*, mai 1908, n° 5).

Pour produire l'hyperémie, G. n'a employé que la bande ou la ventouse. Il insiste sur les détails de la technique, qui, en l'occurrence, sont de première importance et décrit minutieusement, d'après un travail de Butruille, son interne, l'application de la bande de cou et de la ventouse pour le nez ou pour l'oreille.

Il a appliqué ce mode de traitement à 92 malades ; les principaux résultats à noter sont.

Dans les cas de *laryngite tuberculeuse* : diminution rapide de la dysphagie, et amélioration de l'état local ;

Dans les cas d'*amygdalite*, l'application de la ventouse est malaisée : celle de la bande a paru hâter l'évolution de l'affection.

Si, dans *les rhinites spasmodiques*, les effets sont nuls, dans le *rhume de cerveau*, banal, ils sont des plus heureux.

Dans la *furonculose du conduit auditif*, G. a observé une rapide disparition de la douleur et une évolution raccourcie.

Dans *l'otite aiguë* (après perforation spontanée ou artificielle), la méthode fut appliquée alternativement par la ventouse et la bande. L'application de la ventouse est particulièrement délicate dans ce cas et semble avoir eu un résultat favorable.

Dans 4 cas de *mastoïdite*, aucun résultat.

En résumé, si la méthode de Bier n'empêche pas l'action chirurgicale, elle a des avantages qui permettent de l'employer dans le traitement post-opératoire. C. HENNEBERT (de Bruxelles).

Traitement chirurgical de la tuberculose des voies aériennes supérieures et de l'oreille, par Robert LEVY, de Denver (Communication à la Société oto-rhino-laryngologique de Kansas City).

Depuis les travaux de Krause (1885), de Heryng (1886), le traitement de la tuberculose des voies aériennes supérieures a pris partiellement du moins une allure chirurgicale.

Lévy rappelle rapidement les recherches de ses prédécesseurs sur le sujet, puis émet ses vues personnelles. A propos des lésions phymateuses de siège auriculaire, il fait remarquer que la muqueuse est bien rarement dépassée, contrairement à ce qu'on aurait pu supposer *a priori*. Donc, généralement, pas de larges interventions. Politzer ne veut même d'opération que quand les altérations pulmonaires n'ont pas dépassé les premiers stades. Mêmes affirmations de la part de Milligan. Dans ces cas, Lévy se contente de badigeonnages énergiques à l'acide lactique complété d'ablation des osselets et de curettage. Le drainage doit être parfait et prolongé.

La tuberculose du nez assez rare et se révélant le plus souvent sous l'aspect d'une tumeur (tuberculome), parfois d'ulcérations, nécessite le curettage suivi au besoin de galvanocaustie. Ici le chirurgien a de bons résultats à cause de la localisation primitive fréquente du mal dans les fosses nasales, ou du moins à son apparition à un stade précoce de l'envahissement pulmonaire.

Dans la tuberculose pharyngée, surtout si l'évolution est aiguë, il faut au contraire s'abstenir, car ici la phtysie est généralement avancée quand la gorge se prend, et de plus elle revêt presque toujours une mauvaise forme. Cependant, parfois le curettage et la galvanocaustie trouvent des indications, elles amènent sinon un résultat durable, du moins une amélioration appréciable des symptômes qui torturent les malheureux malades. Ceci s'explique par la destruction de véritables neuromes siégeant aux extrémités nerveuses, chez ces sortes de malades, ainsi que le démontrent les investigations histologiques de Danzul (*Journal of laryngology*, juin 1894, p. 317).

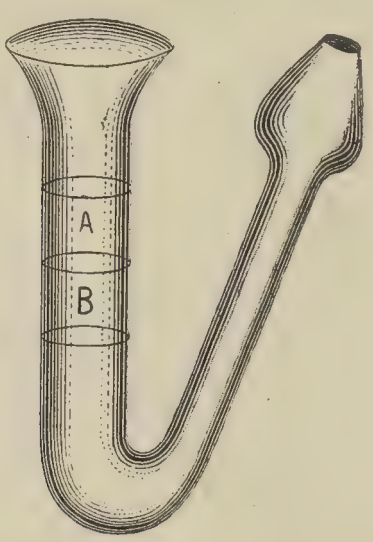
La phtisie laryngée a été regardée pendant un certain temps comme l'apanage du chirurgien, chaque fois qu'on pensait que la cure radicale était possible. Mais depuis on est revenu du premier enthousiasme inspiré par les tentatives de Heryng. Cependant il ne faudrait pas pousser trop loin la réaction. L'auteur passe rapidement en revue la valeur des incisions (œdème, infiltrations plastiques), des excisions (tumeurs, manifestations très précoces et très localisées). Deux observations personnelles lui ont démontré que cette opération possède une utilité véritable, au moins dans certains cas bien déterminés.

La trachéotomie précoce soit pour assurer le repos de l'organe, soit pour permettre le curettage aurait l'inconvénient d'accroître dans une mesure notable, l'acuité des processus pulmonaires, de telle sorte que Lévy ne l'accepte que comme une mesure exceptionnelle. Il rejette formellement la laryngectomie comme inutile (lésions disséminées hors du larynx) et très dangereuse.

A. R. Salamo (de Paris).

Un tube pour l'auto-insufflation de vapeurs médicamenteuses dans l'oreille moyenne, par Wood (de Marshalltown) (*Medical Record*, 5 septembre 1908).

C'est un tube de verre coudé ; une extrémité a la forme d'olive pour faciliter l'introduction dans la fosse nasale ; l'autre contenant le médicament est tenue entre les lèvres. Quand le tube est chargé d'une petite quantité de solution et mis en place, une expiration brusque chasse la vapeur dans l'oreille moyenne. Ce traitement



arrêterait les processus pathologiques de la trompe, ferait disparaître les bruits et renforcerait l'audition. Voici une formule utile pour les insufflations :

Chloroforme	120
Ether	60
Alcool	0.80
Essence de roses	Q. s. pour parfumer.

MENIER (de Figeac).

Des inhalations de saponine dans les affections des voies respiratoires supérieures, par ZICKGRAF (*Münchener und Wochenschrift*, n° 9, 1908).

L'auteur emploie la saponine pure, retirée de l'écorce de quillaja saponaria ; les doses sont de 1 % dans les catarrhes secs légers et de 2 % pour les lésions plus avancées et pour l'ozène prononcé. Les affections des fosses nasales caractérisées par la sécheresse (xérosis) de la muqueuse, les croûtes, fétides ou non, sont améliorées de façon remarquable.

MENIER (de Figeac).

X. — VARIA

Polynévrite cérébrale, par E. Halphen (*Ann. mal. or.*, n° 8, août 1908).

Ce cas est très intéressant par la participation névritique simultanée du facial, du trijumeau et de l'auditif. Hochwach, le premier, a donné le nom de polynévrite cérébrale aiguë méniériforme aux rares espèces de ces observations. La lésion de l'auditif en particulier a été démontrée complète chez la femme de 44 ans qui fait le sujet de cette relation. Soignée depuis trois mois pour une paralysie faciale périphérique gauche, elle vit bientôt baisser son audition et s'installer des bourdonnements continus tels que les épreuves acoustiques montraient une participation totale et des branches cochléaires et des branches vestibulaires du nerf auditif gauche. Le vertige rotatoire se manifestait, en outre, par une violente propulsion à l'arrêté avec nausées et nystagmus pendant une minute au moins.

Le diagnostic étiologique reste hésitant malgré la lymphacytose céphalo-rachidienne observée; toutefois l'absence d'aggravation après six mois de traitement ne permet pas de conclure à une tumeur cérébrale ; les épreuves iodo-mercuriques font écarter l'idée de syphilis.

En somme, polynévrite a frigore probable, mais à pronostic relativement sérieux, le limaçon ayant peu de chance de fonctionner dans l'avenir, même partiellement. Faivre (de Poitiers-Luchon).

Quelques points intéressants de la chirurgie de l'oreille, du nez et de la gorge, par Logan Turner et Fraser (*Edimburgh med. Journal*, juillet 1908).

Cet article est basé sur les travaux de la clinique spéciale de la Royal Infirmary (1907) d'Edimbourg. Il est impossible de reprodruire dans une brève analyse les tableaux statistiques des cas observés qui sont au nombre de 717 pour le nez, 882 pour le naso-pharynx, 255 pour l'oro-pharynx, 4 pour la langue, 147 pour le larynx, 11 pour l'œsophage, 1079 pour l'oreille avec un total général de 1075 opérations.

Pour les hypertrophies amygdaliennes et adénoïdiennes, les auteurs purgent le malade la veille et lui administrent le matin une tasse de thé de bœuf.

L'anesthésique est le chlorure d'éthyle (2 centimètres cubes pour un enfant ; 5 pour un adulte).

Ils opèrent les sujets couchés et enlèvent en une seule séance les amygdales (guillotine de Bechag) et les végétations (curette de Gottstein). Après adénotomie, ils pratiquent un nouveau toucher naso-pharyngien. Pendant trois jours, après l'opération, on ne donnera que du liquide bouilli.

Suppuration de l'oreille moyenne. — Sur 1043 sujets atteints d'affections d'oreilles, 423, c'est-à-dire 40 % avaient des suppura-

tions aiguës ou chroniques de l'oreille moyenne (222 hommes et 201 femmes) ; 309, soit 3/4 avaient au-dessous de 30 ans et la moitié (de 309), au-dessous de 20 ans.

L'opération de Schwartze fut faite dans 26 cas (soit 3 °/₀ des cas de suppuration aiguë). Ce pourcentage élevé s'explique par le retard apporté par les malades à venir chercher les secours médicaux. Les auteurs sont partisans de la paracentèse, même lorsqu'il y a déjà perforation. Leur mélange anesthésique est, à la façon de celui de Bonain, composé de phénol et de menthol, mais il renferme, en plus, de l'alcool et du chlorhydrate d'adrénaline.

Sur 9 cas de complications intra-craniennes, il y eut 4 guérisons et 5 morts. MENIER (de Figeac).

Relevé statistique du service d'oto-rhino-laryngologie de l'hôpital Saint-Jean, de Bruxelles (service du Dr Delsaux), par A. FALLAS (*Presse oto-laryngol. belge*, nº 3, mars 1908).

Parmi les cas intéressants cités par l'auteur, nous relevons :

Un cas d'ostéo-myélite aiguë diffuse du temporal, suite de scarlatine.

Un cas de mastoïdite avec méningite séreuse et néphrite parenchymateuse, suivi de mort.

Trois cas de mastoïdite avec thrombo-phlébite des sinus, dont deux suivis de mort.

Un cas de mastoïdite aiguë avec abcès rétro-pharyngien.

Un cas d'abcès du cervelet, consécutif à un cholestéatome (diagnostic d'autopsie).

Quatre cas de tumeurs du sinus maxillaire (trois épithéliomes), avec récidive rapide après des interventions incomplètes, et un cas de myxo-sarcome à évolution particulièrement rapide.

C. HENNEBERT (de Bruxelles).

Rétention de membranes de cholestéatome dans l'évidement de l'oreille moyenne. par J. DUNDAS GRANT (*Medical of the Central London Throat and Ear Hospital*, vol. 1, 1908).

Dans le traitement des suppurations chroniques de l'oreille moyenne on peut sélectionner les méthodes et variétés de détail. Souvent les procédés de la nature nous donnent des aperçus que nous faisons sagement de suivre. Elle est quelquefois heureuse dans les faits de cholestéatome que nous étudions, témoin le cas suivant :

CAS I. — *Suppuration chronique de l'oreille moyenne, épidermisation de la cavité, expulsion spontanée de la paroi osseuse et élimination de débris.* — Il s'agit d'une dame qui en 1901 me fut amenée par Outterson Wood se plaignant d'écoulement purulent par l'oreille droite et de surdité. L'examen révéla l'absence de tympan et d'osse-

lets et la présence de petites masses perlée de cholestéatome. L'attique était largement ouverte ainsi que l'aditus et l'antre sur leur face externe. De tels cas se sont présentés à l'œil de plusieurs observateurs. Dans un sens, un cholestéatome est une « dermatite suppurative ». L'exposition à l'air libre et la sécheresse sont des conditions défavorables à son développement. Au contraire, son encapsulation et sa macération, sont, comme dans le cas suivant, des conditions favorables à son développement.

Cas II. — *Suppuration chronique de l'oreille moyenne, intervention radicale, persistance de la membrane cholestéatomateuse, guérison rapide.* — C'est un garçon de 14 ans envoyé de la campagne pour maux de tête et otorrhée droite consécutive probablement à la rougeole. Je fais l'évidement et trouve une cavité remplie de débris fétides, caséeux que je curette soigneusement. Le cas évolua très favorablement. Je le revis un an, puis deux après il n'y avait pas de rechute.

Cas III. — *Suppuration chronique de l'oreille moyenne, céphalée, troubles mentaux, opération radicale, rétention de membranes cholestéatomateuses. Guérison rapide avec diaphragme partiel.* — Femme de 37 ans qui était très sourde et souffrait d'otorrhée fétide depuis 9 à 10 ans. J'interviens de suite et trouve une cavité remplie de cholestéatome, je la curette et lave à l'alcool. La malade sort prématurément de l'hôpital. Il se forme quelque temps après dans la partie inférieure de la place un espace mort où la suppuration a tendance à se reproduire.

Cas IV. — *Cholestéatome de l'attique et de l'antre, opération ouvrant ces régions avec conservation des osselets, du tympan et de la membrane cholestéatomateuse.* — Enfant de 8 ans souffrant d'otorrhée gauche, datant d'une année, consécutive à une rougeole. J'interviens, ouvre et curette la cavité. Malheureusement une atteinte de scarlatine éloigne l'enfant 6 jours après l'intervention. Malgré cela, l'oreille se sèche en 6 ou 8 semaines.

Cas V. — *Suppuration chronique, céphalée, mauvais état général ; cholestéatome. Intervention facile, rétention de la membrane pyogène.* — Femme de 23 ans que j'ai eu le privilège d'opérer avec le Dr Dan Mackenzie. Je curette les débris, j'enlève les osselets et laisse la membrane cholestéatomateuse en place. L'écoulement se sèche en 7 ou 8 semaines, mais au printemps de cette année un écoulement purulent se rétablit pendant quelques semaines, précédé par des douleurs d'oreille.

Cas VI. — *Suppuration chronique, vertiges, opération. Membrane cholestéatomateuse ressemblant à une greffe de Thiersch. Assèchement rapide.* — La malade, une femme de 36 ans, est opérée le 17 juillet de cette année en présence des docteurs Bar, Bonain, Helme et je pus leur montrer le plus parfait des cholestéatomes que j'ai jamais rencontré. Les pansements sont faits à l'alcool à un demi et aux insuf-

flations de poudre d'acide borique et d'aristol, parties égales. Ce qu'il y a de frappant dans ce cas, c'est l'absolue liberté de l'aditus malgré le caractère granuleux de la place.

LABOURÉ (d'Amiens).

De la valeur de la détermination numérique des leucocytes dans le diagnostic des affections aiguës inflammatoires, par Fréderic E. SONDERN (*Arch. of Otology*, vol. XXXVII, n° 1, p. 17).

L'augmentation dans le nombre relatif des cellules polynucléaires est une indication de la quantité de toxine absorbée et l'augmentation dans le nombre total des leucocytes est le signe évident de la résistance de l'organisme à cette absorption. La gravité de l'affection est donc expliquée par la détermination numérique de ces deux groupes de figures, chacune de son côté étant insuffisante à nous renseigner.

L'augmentation légère dans le nombre des cellules polynucléaires indique d'habitude des infections légères, tandis que l'augmentation caractérisée est le signe d'une infection profonde. Une légère augmentation polynucléaire avec légère leucocytose indique une infection légère avec résistance passable, tandis qu'une légère augmentation polynucléaire avec leucocytose élevée indique infection légère et résistance prononcée. Une augmentation polynucléaire nette et une leucocytose prononcée sont le signe d'une infection sérieuse et d'une bonne résistance ; une augmentation polynucléaire nette et une légère leucocytose indiquent une infection sérieuse et une résistance pauvre, et une augmentation polynucléaire nette et absence de leucocytose indiquent une infection sérieuse et pas de résistance. Le nombre augmentant des polynucléaires avec une diminution totale du nombre des leucocytes indique une gravité plus grande et une résistance en état de diminution, tandis que la décroissante du nombre des polynucléaires avec diminution totale du nombre des leucocytes indique une amélioration.

H. MASSIER (de Nice).

NOUVELLES

Congrès de la Société française. — Le Congrès de la Société française d'oto-rhino-laryngologie se tiendra à Paris, à l'Hôtel des Sociétés savantes, à partir du lundi 10 mai 1909.

Congrès international de Budapest, (29 août-4 sept. 1909). *Comité français d'organisation* (Section d'otologie). — Le bureau de la section rappelle aux Congressistes français que les titres des communications doivent être parvenus à Budapest le 30 avril prochain au plus tard. Prière d'adresser ces titres au Dr Mahu, secrétaire général, 68, Avenue Kléber, qui les réunira et les fera parvenir en temps utile.



Phosphatine Falières. — Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée à bouche contient 25 centigrammes.

Æthone ($C^7H^{16}O^3$) sédatif puissant non toxique. Bien supérieur au bromoforme contre toux spasmodique, coqueluche, pharyngite, laryngite, bronchite chronique, etc.

« *J'ai pu me rendre compte des propriétés sédatives extrêmement puissantes qui, d'après les résultats que j'ai pu observer, est infiniment supérieur au bromoforme.* »

(Extrait des comptes rendus de la Société de Thérapeutique de Paris, séance du 25 avril 1907.)

Le Peptonate de fer Robin est le plus assimilable de tous les ferrugineux. Le prendre à la dose de 10 à 30 gouttes par repas. Admis dans les hôpitaux de Paris et des Colonies.

La Cytopasmine Ducatte, granulée à base de Damiana, phosphates de céréales et nucléine, est indiquée dans tous les cas où, *sans fatiguer le cœur*, on veut procurer à l'organisme un stimulant, utile et durable : 2 cuillerées à café au moment de chaque repas.

Pastilles Houdé à la cocaïne, dosées à 3 milligrammes. Elles sont employées avec succès pour calmer et même supprimer la douleur dans les affections de la gorge et du larynx, irritations et picotements : 8 à 10 par jour.

Les *Capsules Dartois* contiennent chacune 5 centigr. de véritable créosote de hêtre dissoute dans 20 centigr. d'huile de foie de morue. — Dose moyenne : 2 ou 3 à chaque repas contre bronchites, catarrhes, tuberculose, laryngites tuberculeuses. — Toutes pharmacies.

Salicol Dusaule, solution concentrée d'acides salicylique, borique et acétique, aromatisée aux essences de thym et de wintergreen. — Tous usages antiseptiques, gargarismes, pulvérisations, etc.

Solution d'Adrénaline Miahle au 1/1000e.

Granules de Catillon, ext. titré de strophantus ou strophantine cristallisée.

Glycérine créosotée Catillon, tonique, anticatarrhale, remplace huile de foie de morue.

Iodo-thyroïdine Catillon, bien tolérée, très active : goitre, obésité, etc.

Cérébrine, médicament spécifique de la *migraine* sous toutes ses formes. Agit spécialement contre les *névralgies faciales rebelles*, intercostales, rhumatismales, sciatiques, le vertige stomacal, et pardessus tout contre les *coliques périodiques*. Une cuillerée à soupe à tout moment d'un accès suffit. — *Eug. Fournier*, 21, rue de Saint-Pétersbourg, Paris (8e).

Chloroforme Dumouthiers. — Anesthésique chimiquement pur, renfermé en tubes scellés. Il conserve toujours sa pureté initiale.

Les *Pastilles Brunelet*, dosées à 0,002 milligr. de Cocaïne, 0 gr. 05 de Menthol, 0 gr. 06 de Borate de soude, calment la douleur dans toutes les affections de la gorge et du larynx. — Toutes les pharmacies et dépôt, 22, Rue Turbigo, Paris.

Phénosalyl Tercinet, seul Antiseptique composé approuvé par l'Académie de Médecine. Pansements; gargarismes; injections; inhalations; affections cutanées. Résultats thérapeutiques remarquables et rapides. Non toxique, soluble dans l'eau. Flacons de 125 à 250 gr. Toutes pharmacies. — Dose : Une cuillerée à soupe pour un litre d'eau tiède.

Sirop et Dragées au Protoiodure de fer de F. Gille. — Dosage : Sirop : 0 gr. 10 par cuillerée à soupe. — Dragée : 0 gr. 05 par dragée — Posologie. — Chlorose, Anémie, Cachexie, Syphilis. — En vente dans toutes les Pharmacies. Entrepôt général, 73, rue Ste-Anne, Paris.

Le Gérant : M. Desbois.

MACON, PROTAT FRÈRES, IMPRIMEURS

TRAVAUX ORIGINAUX

I. — PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE



I

LA PRATIQUE DE L'OTOLOGIE DANS LES ARMÉES EN CAMPAGNE

PAR

J. TOUBERT et **P. SALTET**

Médecins-majors de 1re classe de l'armée,
Médecins-chefs des hôpitaux de campagne n° 1 et n° 2,
à Casablanca (Maroc).

L'otologie a conquis de haute lutte le rang auquel elle a droit parmi les sciences médicales et chirurgicales et maintenant elle pénètre lentement mais sûrement dans la pratique journalière des villes et gagne du terrain même dans les populations rurales.

Elle a été en honneur dès ses débuts, il y a une cinquantaine d'années, parmi les médecins militaires (Bonnafont, etc.) et elle fait à l'École d'application du Val-de-Grâce l'objet d'un enseignement officiel depuis plus de vingt ans. Mais, jusqu'ici, dans l'armée, on paraît ne s'être guère préoccupé que du temps de paix. Le moment semble venu de se demander si les conditions des guerres futures permettent d'étendre les bienfaits de l'otologie aux armées en campagne.

C'est la question que nous nous sommes posée dans les hôpitaux de Casablanca et nous espérons démontrer qu'elle doit se résoudre par l'affirmative, en appuyant notre opinion sur l'étude clinique et thérapeutique de 109 cas observés en 14 mois sur les soldats du Maroc appartenant à la garnison de Casablanca, dont l'effectif moyen a été de 3.036 hommes, avec 2.077 comme minimum et 3.958 comme maximum.

I

La guerre n'est pas seulement, suivant l'expression imagée si souvent citée de Pirogoff, une épidémie de traumatismes Les maladies de toute sorte comptent à leur actif certainement beaucoup plus d'atteintes que les projectiles; le tube digestif, l'appareil pulmonaire, les organes génito-urinaires paient un lourd tribut à la morbidité des troupes en campagne, l'oreille n'est pas

épargnée, qu'il s'agisse de cas récents ou du réveil de cas anciens.

Or l'intérêt du malade, comme celui de l'armée, ordonne que tout ce qui peut être guéri en un temps relativement bref soit traité d'emblée et sur place, si possible, et que le maximum d'aptitude physique soit donné ou rendu à l'homme dans le minimum de temps.

Les guerres récentes font présumer que les guerres de l'avenir comporteront d'assez longues périodes de stationnement permettant, pour une certaine proportion des troupes tout au moins, des installations médico-chirurgicales assez stables, comparables à celles du temps de paix.

Dans les expéditions hors d'Europe, des conditions nouvelles interviennent : elles sont la conséquence de l'éloignement de la métropole, d'où résultent d'une part la lenteur et la rareté des évacuations rapatriant les malades et d'autre part la difficulté de recompléter les effectifs par l'envoi d'hommes valides en temps utile. La règle absolue doit être de rapatrier définitivement les incurables et de conserver sur place les malades curables et aussi ceux qui entretiennent ou simulent une maladie. Or, pour les affections des oreilles, seuls des examens otologiques répétés et un traitement otiatrique strictement appliqué permettent de se prononcer sur la curabilité ou l'incurabilité de la lésion, avec ou sans intervention chirurgicale.

Tels sont les arguments qui plaident en faveur de l'introduction de la pratique otologique dans les armées en campagne.

II

Demandons maintenant aux faits, c'est-à-dire aux observations cliniques, l'appoint de leur témoignage.

Voici l'histoire, succinctement résumée, des 109 malades étudiés. Ils sont classés d'après la localisation anatomique des lésions et leur évolution clinique, en quatre groupes naturels :

1° Maladies de l'oreille externe (bouchons de cérumen, furoncles, corps étrangers).

2° Maladies aiguës de l'oreille moyenne, c'est-à-dire otites catarrhales ou séreuses d'une part, et otites suppurées récentes d'autre part.

3° Maladies chroniques de l'oreille moyenne, c'est-à-dire otites chroniques non suppurantes, otites adhésives ou otites cicatricielles d'une part, et otites suppurantes à évolution chronique ou réveillée d'autre part.

4° Complications des otites (mastoïdite et ses conséquences possibles).

1° Maladies de l'oreille externe.

C'est d'abord le classique bouchon de cérumen, parfois diagnostiqué sans l'examen otologique, mais le plus souvent méconnu.

Observation I. — Soldat M..., de la 20e section de C.-O.-A., entré pour surdité le 18 avril 1908, sorti le 22 avril, après ablation d'un bouchon à droite.

Observation II. — Soldat M..., du 4e zouaves, entré le 5 juin 1908, évacué de Bou-Zuika pour otite suppurée, sorti le 15 juin. Ablation de deux bouchons de cérumen : celui de droite a provoqué de l'otite externe.

Observation III. — Tirailleur indigène R..., envoyé en consultation à l'hôpital le 21 janvier 1909 pour surdité. Bouchon de cérumen bilatéral ; ablation.

Observation IV. — Tirailleur algérien G..., en traitement du 27 décembre 1908 au 4 mars 1909 pour syphilis secondaire. Surdité accusée le 10 février. Bouchons de cérumen. Ablation.

Observation V. — Zouave L..., en traitement pour angine. Entré le 15 février 1909, sorti le 6 mars après ablation des amygdales et de végétation adénoïdes. Surdité vers le 22 février. Bouchons de cérumen. Ablation.

Observation VI. — Tirailleur algérien S..., envoyé en consultation le 21 janvier 1909. Bouchon de cérumen bilatéral. Ablation.

Observation VII. — Chasseur d'Afrique C..., entré le 30 septembre 1908 pour névralgie et otalgie suites d'avulsion dentaire faite en ville. Bouchon de cérumen. Ablation. Exeat le 7 octobre.

Observation VIII. — Tirailleur algérien K..., bouchon de cérumen constaté et enlevé le 3 octobre 1908. Un peu d'otite externe. Exeat le 10.

Observation IX. — Adjudant de zouaves P..., envoyé en consultation pour pharyngite. Bouchon de cérumen bilatéral. Ablation le 18 juillet 1908.

Observation X. — Cavalier du train H..., envoyé en consultation le 10 mars 1900. Bouchon de cérumen bilatéral. Ablation.

Observation XI. — Lieutenant B..., des tirailleurs sénégalais. Vient en consultation le 26 mars 1909. Sensation de grelot dans l'oreille. Bouchon de cérumen bilatéral. Ablation.

Observation XII. — Cavalier du train C..., vient en consultation le 12 mars 1909. Bouchon bilatéral. Ablation. Un peu d'otite externe.

Viennent ensuite les otites externes diffuses ou les furoncles c'est-à-dire les infections limitées au conduit auditif, confondues parfois avec l'otite moyenne, en l'absence d'examen otoscopique.

Observation XIII. — Tirailleur algérien R..., en traitement pour syphilis secondaire, du 8 juillet au 9 septembre 1908. Otalgie à droite. Otite externe diffuse et adénite prétragienne. Guérison en 15 jours.

Observation XIV. — Ouvrier d'artillerie B..., traité du 8 au 13 janvier 1909. Écoulement auriculaire gauche datant d'un mois et tuméfaction parotidienne.

A l'examen, otite externe sans lésions de l'oreille moyenne.

Observation XV. — Artilleur C..., traité du 21 mars au 5 avril 1908. N'a que des lésions d'otite externe.

Observation XVI. — Matelot K..., venu en consultation le 22 juin 1908. Douleurs vives. Otite externe avec desquamation. Guéri le 29.

Observation XVII. — Zouave C..., envoyé en consultation le 17 décembre 1908. Otalgie depuis 3 jours. On constate furoncle postéro-supérieur déjà percé spontanément.

Observation XVIII. — Matelot F..., venu en consultation le 9 septembre 1908. Otalgie récente. A l'examen, furoncle postéro-supérieur.

Enfin, voici un dernier groupe de cas curieux en raison de leur rareté ou de la méconnaissance des lésions, possible en l'absence d'examen.

Observation XIX. — Artilleur D..., en traitement du 17 au 31 décembre 1908, pour contusions de la tête par coup de pied de cheval. Outre des contusions et plaies contuses de la face, on constate que le conduit auditif droit est plein de sang coagulé. Après nettoyages et examens successifs, on trouve un hématome profondément situé dans le conduit, à l'union du tympan avec la paroi antéro-supérieure : le condyle du maxillaire est douloureux à la pression, fracture probable du conduit osseux.

Observation XX. — Cavalier du train C..., venu en consultation le 23 février 1909, parce qu'il demande à contracter un rengagement et que le médecin du corps a constaté de la surdité à gauche. A l'examen, on voit un corps étranger blanc, on le retire à la pince sans difficulté : c'est un bouton de chemise en porcelaine, derrière lui est un bouchon de cérumen qui est enlevé par injection.

Observation XXI. — Tirailleur algérien C..., entré le 6 février 1909, pour céphalée syphilitique et otalgie, a dans le conduit gauche une petite masse noire : après ablation par injection, on trouve une graine discoïde, grosse comme un pois, noire, qui n'a pu être identifiée.

Observation XXII. — Fillette sénégalaise, 5 ans, vient en consultation le 18 novembre 1908. S'est introduit dans l'oreille droite un pois chiche, qui a dépassé l'isthme du conduit. Anesthésie au chloroforme : ablation à la pince après fragmentation du pois gonflé.

Observation XXIII. — Tirailleur algérien S..., entre à l'hôpital le 7 septembre 1908, pour otite moyenne à gauche. Le tympan est trouvé à peu près normal, sauf une petite plaie en surface, répondant au tiers supérieur et qui est une lésion provoquée dans un but de simulation.

Observation XXIV. — Chasseur d'Afrique B..., entré le 26 sep-

tembre pour otalgie à gauche. Même aspect du tympan que chez le malade précédent.

2° Maladies aiguës de l'oreille moyenne.

Toutes les modalités ont été observées depuis la simple otite catarrhale fugace, jusqu'à l'otite chronique suppurée récidivante ou compliquée.

A. — *Otites moyennes catarrhales.*

La plupart sont survenues après une affection du pharynx, quelques-unes au cours d'une maladie infectieuse, beaucoup sans étiologie bien déterminée.

Observation XXV. — Le soldat ordonnance d'artillerie P... est traité du 3 novembre 1908 au 19 janvier 1909 pour diphtérie. Le 18 novembre, il a de l'otalgie à droite. Le tympan est rouge vif : il y a une perforation punctiforme antéro-inférieure, d'où il sort un peu de liquide. A l'examen bactériologique, celui-ci est trouvé amicrobien.

Observation XXVI. — Matelot G..., convalescent de bronchite et opéré d'amygdalectomie par morcellement et de végétations le 26 décembre 1908, se refroidit et souffre de l'oreille gauche. Le tympan est très rouge, surtout autour du manche ; près de l'ombilic une bulle. Guérison le 31 décembre.

Observation XXVII. — Détenu A..., envoyé le 8 février 1909 en consultation pour bouchon de cérumen probable à droite. L'otalgie, dont la violence empêche le sommeil, est due à une otite catarrhale aiguë, qui se manifeste par l'aspect rouge violacé du tympan droit.

Observation XXVIII. — Tirailleur algérien B... a de l'otalgie depuis un jour. Envoyé en consultation. Le tympan droit est très rouge au niveau du hile.

Observation XXIX. — Tirailleur algérien M..., entré le 2 janvier 1909, pour otite par bouchon de cérumen avec surdité, présente à l'otoscopie des signes d'otite catarrhale aiguë à gauche, avec manche du marteau entouré de vaisseaux très rouges. Le 7 janvier, poussée identique à droite : le tympan est très rouge dans sa moitié supérieure et présente une phlyctène en bas et en arrière : le 8, perforation et hémorragie légère ; le 10 l'écoulement est tari. Exeat le 16 janvier.

Observation XXX. — Tirailleur algérien K..., traité du 14 décembre 1908 au 4 janvier 1909 pour syphilis, a présenté le 12 décembre, envoyé en consultation, à la suite d'une otalgie datant de 6 jours, un tympan très rouge surtout dans sa partie postérieure. Guérison le 16 décembre.

Observation XXXI. — Zouave F..., envoyé en consultation le 7 décembre 1908, pour otalgie datant de 3 jours, à droite, avec

douleurs vives, augmenté par l'acte de se moucher. Vive rougeur le long du manche du marteau. Ablation de végétations adénoïdes le 17 décembre. Exeat le 20 décembre 1908.

Observation XXXII. — Cavalier indigène du train M... envoyé en consultation le 1er mars 1909. Otalgie à droite suite d'angine. Rougeur vive de la membrane de Shrapnell. Revu le 3 mars. Guérison presque complète.

Observation XXXIII. — Zouave L..., souffre depuis 4 jours de l'oreille droite au cours d'un coryza. Entré le 6 mars 1909. Tympan humide, sécrétion roussâtre. Ablation d'amygdales et de végétations adénoïdes. Exeat le 24 mars.

Observation XXXIV. — Tirailleur algérien B..., envoyé en janvier 1909, pour otalgie, à la consultation. Rougeur vive de la membrane de Shrapnell. Malade perdu de vue.

B. — *Otites moyennes suppurées aiguës.*

On est frappé de leur petit nombre, surtout si on le compare à celui des otites chroniques ou réchauffées signalées plus loin.

Observation XXXV. — Tirailleur tunisien S..., traité du 10 au 25 avril 1908. Présentait à son entrée un écoulement abondant, avec perforation juxta-ombilicale. Pansement quotidien. Guérison.

Observation XXXVI. — Artilleur D..., entré le 9 mai 1908, pour otite bilatérale, angine et pharyngite. Tympan humide, sans perforation visible à droite ; large perforation inférieure à gauche. Érysipèle intercurrent le 10 mai. Évacué en convalescence sur Oran le 10 juin, l'oreille gauche incomplètement guérie.

Observation XXXVII. — Chasseur d'Afrique L..., entré le 31 mai 1908 pour otite à gauche. Perforation antéro-inférieure du tympan, température élevée. Paracentèse le 5 juin. Amélioration d'emblée. Guérison le 25 juin. Exeat en convalescence, évacué sur Oran le 3 juillet, à cause de son état général.

Observation XXXVIII. — Médecin aide-major G..., venu en consultation le 9 octobre 1908, pour otite suppurée datant de 2 jours, à droite. Perforation antéro-inférieure. Traitement antiseptique. Guérison le 16.

Observation XXXIX. — Artilleur C..., convalescent de fièvre typhoïde, vu en consultation le 17 décembre 1908 pour otite suppurée à gauche datant du 2. Perforation inférieure. Évacué sur Oran. Revu en mars 1909. Guérison.

Observation XL. — Tirailleur sénégalais M..., entré le 14 septembre 1908 pour otite suppurée à droite datant de 3 jours. Tympan rouge, à peine humide. Perforation à l'ombilic. Guérison le 29 septembre.

Observation XLI. — Tirailleur sénégalais Z..., entré le 10 mai 1908 pour otite aiguë à gauche. Écoulement peu abondant, otite en fin d'évolution. Perforation marginale antéro-inférieure. Guérison le 18 mai.

Observation XLII. — Légionnaire D..., entré le 10 mai 1908 pour otite moyenne. Perforation marginale inférieure du tympan gauche. Ablation d'amygdales et d'adénoïdes le 31 mai. Exeat le 10 juin avec une perforation punctiforme, sèche.

Observation XLIII. — Matelot M..., traité du 14 au 21 septembre 1908. A eu, il y a 3 ans, une otite à droite, qui a duré 15 jours. L'otite actuelle dure depuis 18. Perforation inférieure; sécrétion minime de cette oreille droite. Guérison.

Observation XLIV. — Zouave M..., opéré d'amygdales le 16 octobre 1908, est pris, au cours d'une paratyphoïde, d'une otite suppurée à gauche. Perforation postéro-inférieure. Exeat le 20 décembre par évacuation sur Oran.

Observation XLV. — Caporal de tirailleurs S... entre le 2 décembre 1908, pour otite suppurée à droite. Perforation en avant de l'ombilic; écoulement peu abondant. Ablation d'amygdales et d'adénoïdes. Exeat le 18 décembre.

Observation XLVI. — Artilleur C..., convalescent de fièvre typhoïde, vu le 19 décembre 1908, pour une otite datant de 3 semaines, à gauche. Perforation inférieure, cachée par un bourrelet du plancher du conduit. Évacué sur Oran en janvier 1909. Le 31 décembre 1908, il persistait un peu d'écoulement.

Observation XLVII. — Zouave C..., en traitement pour ictère, ou comme consultant le 12 janvier 1909, souffre de l'oreille gauche le 8. Écoulement sanguinolent; perforation antéro-inférieure. Ablation de végétations adénoïdes. Revu le 15 janvier, encore suppurant.

Observation XLVIII. — Zouave A..., traité du 12 au 24 mars 1909. Otite à droite, datant de 4 jours. Cérumen à gauche. Écoulement muco-purulent. Perforation invisible. Ablation d'amygdales et d'adénoïdes.

Observation XLIX. — Zouave G..., entré le 26 mars 1909, pour otite suppurée bilatérale datant de 15 jours. A été pansé à la consultation le 25 mars. Écoulement abondant; perforation postéro-inférieure de 2 tympans. Traitement aseptique. Les tympans sont secs le 28. Plus de perforation visible à droite; perforation punctiforme à gauche.

Observation L. — Zouave L..., traité du 20 octobre au 4 novembre 1908. Écoulement bilatéral datant de 10 jours. Perforation inférieure des 2 tympans. Sujet suspect : otite probablement provoquée; on a extrait au régiment un grain de blé du fond du conduit auditif. Guéri le 3 novembre.

Observation LI. — Tirailleur algérien M..., entre le 18 mai 1908, pour otite aiguë à gauche. Écoulement abondant; perforation invisible. Tympan suintant. Otite sans doute provoquée. Exeat le 15 juin.

3° Maladies chroniques de l'oreille moyenne.

Les unes sont des otites sèches adhésives, reliquat d'otites

catarrhales au même titre que les pleurésies sèches sont la conséquence fréquente de pleurésies séro-fibrineuses.

Les autres sont des otites cicatricielles, reliquat d'otites suppurées guéries, avec ou sans occlusion de la perforation.

Les autres enfin sont des otites chroniques suppurées en évolution.

A. — *Otites sèches adhésives.*

Observation LII. — Soldat de la section d'ouvriers d'administration J..., entré le 18 avril 1908, pour surdité bilatérale, a deux tympans gris, épais, peu mobiles. Ablation d'adénoïdes le 22 avril. Sort très amélioré le 7 mai.

Observation LIII. — Tirailleur algérien B..., venu en consultation le 17 décembre 1908 pour otalgie. Tympans épais, gris, peu mobiles, apophyse saillante. Pharyngite. Perdu de vue.

Observation LIV. — Cavalier du train L..., venu en consultation le 16 février 1909 pour otalgie à gauche. Un peu de rougeur du tympan à gauche. Tympan à droite gris et peu mobile. Ablation d'adénoïdes le 17 février. Amélioration.

Observation LV. — Artilleur M..., traité du 7 au 13 mars 1909. Surdité à gauche. Adénoïdien. Les deux tympans sont gris, sans reflet, le droit adhérent. Ablation d'adénoïdes. Amélioration.

Observation LVI. — Ouvrier d'artillerie B... Angines à répétition. Tympan droit avec plaques calcaires. Tympan gauche immobilisé dans sa moitié supérieure. Ablation d'amygdales et d'adénoïdes. Traité du 8 au 28 mars 1909. Amélioré.

Observation LVII. — Soldat du génie I..., entré le 10 mars 1909. Tympans épais, incrustés de calcaire. Végétations adénoïdes opérées le 11 et déviation de la cloison réséquée le 22. Reste en traitement.

Observation LVIII. — Soldat du génie D..., envoyé en consultation le 23 mars 1909. Tympans épaissis et peu mobiles.

Observation LIX. — Zouave C..., traité du 15 au 27 mars 1909. Demi-sourd. Tympan épais et adhérents. Végétations opérées le 20 mars. Amélioration.

Observation LX. — Zouave R..., traité du 28 février au 13 mars 1909 pour hypertrophie des amygdales et végétations adénoïdes, qui ont été opérées, revient en consultation le 23 mars pour bourdonnements. Tympans gris et épais, peu mobiles, sans lésion en évolution. Exagérateur manifeste : est sous le coup d'une punition.

B. — *Otites sèches cicatricielles.*

Observation LXI. — Artilleur B..., traité du 16 au 20 février 1909. A eu des otites suppurées autrefois, la dernière en 1907. Demande son rapatriement. A l'examen, tympans cicatriciels avec dépression cupuliformes, traces de perforation fermées, l'une en arrière de l'ombilic, l'autre au-dessus de l'apophyse du marteau. Renvoyé à son corps.

Observation LXII. — Chasseur d'Afrique G..., vient à la consultation le 29 février 1909 pour otite (?) au cours d'une grippe. Otites dans l'enfance. Actuellement cicatrice adhérente de la membrane de Shrapnell à droite. Ablation d'adénoïdes le 23 février.

Observation LXIII. — Chasseur d'Afrique R..., envoyé à la Consultation le 20 décembre 1908. Aurait eu à 16 ans une otite d'une durée d'un an. A l'examen, aspect cicatriciel de la partie du tympan droit adjacente à la spatule du marteau.

Observation LXIV. — Zouave F..., traité du 26 novembre au 6 décembre 1908 ; adénoïdes opérées le 2 décembre. Tympan gauche porte une cicatrice de perforation près de l'ombilic.

Observation LXV. — Infirmier L..., va en consultation le 2 août. Tympans d'aspect cicatriciel. Curettage d'adénoïdes le 8 août 1908.

Observation LXVI. — Cavalier du train B..., otites dans l'enfance. Traité du 18 juillet au 6 août 1908. Tympan gauche épaissi et adhérent au promontoire avec perforation de la membrane de Shrapnell.

Observation LXVII. — Cavalier du train B..., traité du 7 au 26 mars 1909. Otite entre 8 et 12 ans. Ablation d'adénoïdes et amygdales les 15 et 20 mars. Tympan d'aspect cicatriciel ; dépression de la membrane de Shrapnell.

C. — *Otites moyennes chroniques suppurées.*

Observation LXVIII. — Tirailleur algérien A..., traité du 21 avril au 6 mai 1908. Suppuration bilatérale. Perforation du tympan droit en bas et en arrière et du gauche près de l'ombilic. Evacué sur Oran pour bronchite suspecte.

Observation LXIX. — Tirailleur algérien S.., traité du 8 au 19 mai 1908. Suppuration ancienne. Perforation marginale inférieure du tympan gauche. Rejoint son corps.

Observation LXX. — Sapeur du génie B.., traité du 24 mai au 5 juin 1908. Otites dans l'enfance. Perforation marginale inférieure du tympan droit. Guérison. Rechute le 27 juin. Guérison définitive. Rejoint son corps.

Observation LXXI. — Sergent de tirailleurs. L..., traité du 29 mai au 10 juin 1908. Ecoulement peu abondant : otite réchauffée. Perforation antéro-inférieure du tympan gauche. Le 10 juin, le tympan est sec. Evacué sur Oran pour bronchite suspecte.

Observation LXXII. — Tirailleur algérien D. A eu des otites dans l'enfance. Traité du 8 juin au 3 juillet 1908. Perforation marginale inférieure. Évacué sur Oran.

Observation LXXIII. — Soldat infirmier A..., traité du 25 décembre 1908 au 25 janvier 1909. Otites datant de l'enfance. Dernière poussée en juillet 1908. Le tympan droit a une petite perforation marginale inférieure ; le gauche est presque entièrement détruit, réduit à son tiers supérieur. Revu en consultation ; légère amélioration en mars 1909.

Observation LXXX. —Soldat infirmier M..., otites dans l'enfance; poussée aiguë récente. Large perforation inférieure. Écoulement traité du 5 au 10 août. Ablation d'adénoïdes. Guérison.

Observation LXXXI. — Cavalier du train A..., traité du 24 août au 5 septembre 1908. Otite à droite, intermittente, depuis l'âge de 15 ans. Perforation marginale inférieure. Ablation d'adénoïdes. Guérison de l'écoulement.

Observation LXXXII. — Zouave G..., traité du 30 août au 14 septembre 1908. Otite à l'âge de 9 ans, revenue depuis. Perforation inférieure. Écoulement peu abondant à droite. Tympan cicatriciel à gauche.

Observation LXXXIII. — Infirmier S..., vu en consultation en septembre 1908 pour otite réchauffée à gauche. Perforation antéro-inférieure. Revu en février 1909. Guérison.

Observation LXXXIV. — Artilleur B..., traité du 22 décembre 1908 au 16 janvier 1909. Otorrhée à gauche depuis l'enfance. Large perforation inférieure. Guérison après ablation d'adénoïdes. Le 18, grippe et otite aiguë à droite. Le 31, l'oreille droite coule encore : non revu.

Observation LXXXV. — Cavalier du train B..., traité du 6 janvier au 4 février 1909. Otite depuis près d'un an, bilatérale. Tympan droit, perforation marginale antéro-inférieure. Tympan gauche identique. Curetage d'adénoïdes le 11 janvier. Perdu de vue.

Observation LXXXVI. — Artilleur D..., traité du 19 janvier au 6 février 1909. Otite datant d'un an, suite d'oreillons. Perforation inférieure du tympan droit. Le tympan gauche est cicatriciel. Sort guéri.

Observation LXXXVII. — Brigadier d'artillerie A.., vu le 21 janvier 1909 avec une suppuration intermittente datant de 4 ans, à droite : la dernière poussée date d'un mois. Tympan très rouge avec perforation antéro-inférieure. Sort guéri le 27 janvier.

Observation LXXXVIII. — Maréchal des logis d'artillerie, S.... traité du 5 février au 7 mars 1909, a une suppuration intermittente datant de 2 ans, non soignée, reparue depuis 4 mois. Perforation étendue, inférieure. Ablation d'adénoïdes et d'amygdales. Guérison par accolement du tympan au promontoire. Admis à contracter un rengagement. Est resté guéri.

Observation LXXXIX. — Légionnaire P..., a une otite à droite depuis l'enfance, qui a motivé une réforme à la Légion en 1902. A contracté un deuxième engagement en changeant de nom, en 1907. Une grande perforation inférieure et une petite le long du manche du marteau du côté droit. Suppuration tarie en 10 jours. Évacué sur Oran par mesure disciplinaire.

Observation XC. — Cavalier du train B..., vu le 26 février 1909 pour une otite récidivante droite. Perforation antéro-inférieure. Revu le 25 mars presque guéri.

Observation XCI. — Payeur aux armées F..., vu en consultation le 14 février 1909. Suppuration à droite, datant de plus d'un mois. Per-

foration inférieure, marginale, assez étendue. Revu le 21 mars, très amélioré : les pansements antiseptiques l'aggravent : les aseptiques l'améliorent.

Observation XCII. — Zouave P..., traité du 9 au 15 février 1909. A eu une otite en avril 1908. Perforation inférieure, petite. Ablation d'amygdales et adénoïdes. Sort guéri.

Observation XCIII. — Artilleur P..., vu le 29 janvier 1909. Otorrhée à gauche, réchauffée depuis un mois. Perforation inférieure. Le 25 mars, le tympan est presque sec : guérison par accolement au promontoire.

Observation XCIV. — Tirailleur algérien B..., en traitement pour syphilis. Otite à droite depuis 3 mois. Perforation de la membrane de Shrapnell. Non revu depuis le 27 novembre 1908, date de l'examen.

Observation XCV. — Cavalier indigène du train H..., traité pour chancre mou. Suppuration ancienne. Perforation marginale postérieure. Non revu depuis le 13 octobre 1908.

Observation XCVI. — Zouave G..., examiné le 28 mars 1909, a une otorrhée bilatérale. Perforation centrale du tympan droit et inférieure du gauche. En cours de traitement.

Observation XCVII. — Cavalier du train L..., a une otorrhée datant de 3 ans, suite de scarlatine. Vu le 27 novembre 1908. Très large perforation inférieure. Le 16 décembre, guérison de l'otite. Ultérieurement, fièvre typhoïde et mort par péritonite.

Observation XCVIII. — Chasseur d'Afrique S..., traité du 15 septembre au 27 octobre 1908. Otorrhée à gauche depuis l'enfance. Destruction de la moitié supérieure du tympan. Guérison. Ultérieurement, fièvre typhoïde, évacuation sur Oran le 14 décembre avec rechute d'otite.

Observation XCIX. — Matelot T., traité du 1er au 25 août 1908 avec otite suppurée récidivée avec perforation centrale. Sort guéri après ablation d'amygdales et adénoïdes.

Observation C. — Zouave A..., traité du 27 juillet au 11 août 1908 pour otite réchauffée à G. Perforation postéro-inférieure. Guéri le 10 août avec cicatrice adhérente réticulée.

Observation CI. — Tirailleur algérien A..., traité du 6 juillet au 30 août 1908. Otite réchauffée à gauche. Perforation en cœur de la moitié inférieure du tympan et polype passant au travers. Guérison par accolement au promontoire.

Observation CII. — Commerçant civil X..., vu en consultation le 1er mars 1909. Otorrhée réchauffée à G, depuis trois semaines : l'atteinte précédente remonte à 3 mois. Perforation antéro-inférieure. Non revu.

Observation CIII. — Tirailleur algérien Y..., traité du 28 janvier au 7 mars 1909. Otite réchauffée à droite. Perforation inférieure. État stationnaire, malade indocile, intéressé à ne pas guérir.

Observation CIV. — Tirailleur algérien B..., entré à l'hôpital en janvier et février 1909 pour otorrhée. Perforation paracentrale des

deux tympans. Malade batailleur et indocile. Revu le 7 mars amélioré.

Restent maintenant à relater les observations de malades ayant subi l'évidement pétro-mastoïdien.

Observation CV. — Matelot S..., traité en août 1908 pour otorrhée datant de l'âge de 10 ans. Revu le 5 mars 1909. Écoulement très abondant à gauche. Perforation postéro-supérieure avec bourgeons polypoïdes du tympan gauche.

Évidement pétro-mastoïdien le 25 mars 1909 : technique de Zaufal et plastique de Siebenmann-Luc. Mastoïde éburnée; antre petit, sinus reporté en avant et méninges procidentes. Découverte du sinus et de la dure-mère. Suites normales. Le 31 mars, réunion *per primam :* sécrétion minime. En cours de traitement.

Observation CVI. — Chasseur d'Afrique L..., traité du 15 octobre au 29 novembre 1908. Otorrhée à droite, réchauffée depuis le mois d'août. Suppuration persistante ; lésion probable de l'attique.

Évidement pétro-mastoïdien, le 26 octobre, avec la technique de Zaufal et la plastique de Siebenmann-Luc. Apophyse diploétique ; antre grand. Suites normales. Réunion par première intention. Le 17 novembre, épidermisation trop avancée de la cavité. Acuité auditive très suffisante. Exeat le 29 novembre par mesure disciplinaire. Revu depuis ; guérison persiste.

Observation CVII. — Soldat infirmier D..., atteint d'otorrhée à gauche depuis l'enfance ; dernière rechute en septembre 1908. Le 12 octobre, on constate destruction presque totale du tympan et promontoire bourgeonnant. Évidement pétro-mastoïdien le 13 octobre 1908. Technique Zaufal et plastique Siebenmann-Luc. Antre petit, dans apophyse éburnée. Suites normales. Guérison par première fntention, sauf en bas. Exeat le 12 décembre avec épidermisation complète. La guérison persiste.

Observation CVIII. — Tirailleur algérien B..., traité du 15 juillet au 7 septembre 1908. Otite suppurée chronique bilatérale. Perforation presque sèche du tympan droit. A gauche, polype faisant issue par le conduit auditif. Évidement pétro-mastoïdien à gauche, le 23 juillet 1908. Technique de Zaufal, avec plastique de Siebenmann-Luc. La plaie opératoire est fermée le 12 août. Le 28 août, l'épidermisation de la caisse et de l'antre sont presque complètes. Revu le 30 novembre 1908. La guérison persiste, malgré une absence totale de soins de propreté.

4° Otites compliquées.

Un seul malade a été trépané pour une mastoïdite aiguë dont le début était antérieur à son hospitalisation à Casablanca. Son histoire a été publiée *in extenso* dans les *Archives internationales de laryngologie, otologie*, etc. en mars-avril 1908. En voici un bref résumé.

Observation CIX. — Caporal de tirailleurs C..., arrive le 10 décembre 1908 évacué d'une ambulance de l'intérieur pour mastoïdite aiguë à gauche, consécutive à une otite datant de 5 jours. Chute de la paroi postérieure du conduit et œdème rétro-et sus-auriculaire sans fièvre, ni douleur. Trépanation le 20 seulement, en raison de douleurs et insomnie apparues le 19. Apophyse pneumatique, ouverture large : nombreuses cellules toutes pleines de pus. Le 2 janvier 1909, symptômes de début d'une fièvre typhoïde, qui évolue normalement jusqu'au 26. La plaie opératoire était guérie depuis fin décembre. Le 1er février, à 6 heures du soir ictus, aphasie, agraphie. Trépanation cérébrale sus-mastoïdienne, le 2 février. Incision des méninges et ponctions du cerveau. Amélioration notable ; le malade parle. Le 4, signe de méningite (Kernig, etc.). Le 5, ponction lombaire et injection intrarachidienne de collargol. Mort dans le coma le 7 février.

A l'autopsie, infiltration et épaississement de la gaine des vaisseaux sylviens gauches, œdème considérable, hydropisie des ventricules. Aucune lésion du cerveau, ni des sinus ; aucune perforation des parois de l'antre et de la caisse. Plaques de Peyer cicatrisées.

Si nous résumons les faits qui se dégagent de la lecture de ces nombreuses observations cliniques, voici ce que nous constatons, pour les maladies aiguës ou chroniques de l'oreille moyenne.

L'otite catarrhale (qui n'est rare qu'en apparence et qui serait plus souvent diagnostiquée, si l'on faisait l'otoscopie dès le symptôme otalgie) guérit vite et bien, par un traitement approprié dont la durée moyenne paraît être de 10 jours, avec un minimum de 5 jours même, si le cas est pris tout à fait au début.

L'otite moyenne suppurée aiguë est rarement passée à l'état chronique. Elle a guéri après une durée moyenne de 17 à 18 jours. Il y a eu des maxima de 30 jours, mais il y a eu aussi des minima de 9 et même un de 4 pour un cas pris tout à fait au début.

Les otites sèches résultant d'otites catarrhales et les otites cicatricielles reliquats d'otites suppurées se sont montrées fréquentes (15 °/₀ du total de nos observations), ce qui prouve que l'otite même mal soignée guérit souvent et qu'*a fortiori* logiquement traitée elle doit guérir presque toujours.

L'otite chronique suppurée, le plus souvent réchauffée, ne mérite par elle-même non plus ni le fatalisme indifférent qui prétend que tout traitement est illusoire et devient un travail de Pénélope, ni l'excès d'évidements pétro-mastoïdiens qui fut un instant à la mode. Par un traitement local méthodique et

patient et surtout par une action combinée sur le pharynx, d'où partent le plus souvent les réinfections de la caisse (amygdalectomie et adénoïdectomie), on obtient d'excellents résultats, dont la plupart restent définitivement acquis. La lecture des observations de nos 31 chroniques non évidés le prouve surabondamment.

Enfin il est bon de noter que l'évidé, une fois cicatrisé, est parfaitement apte à continuer son service militaire, même en campagne et que son audition du côté opéré n'a pas été diminuée du fait de l'intervention, comme on serait disposé à le croire.

III

Tels sont les faits, simplement exposés. Nous allons examiner ce que fut l'organisation, à Casablanca, du service spécial d'otologie et commenter les résultats obtenus.

Cette organisation ne fut pas le fait du hasard, mais bien la réalisation d'une pensée arrêtée à l'avance. L'un de nous, en s'embarquant pour le Maroc, au mois de janvier 1908, pensa bien faire, en emportant dans ses cantines, les instruments essentiels :

un miroir frontal,
un jeu de speculum auri,
une pince coudée pour pansements,
un diapason,
une sonde d'Itard.

Plus tard, vinrent s'y ajouter :

une aiguille à paracentèse du tympan,
un ciseau de Politzer,
une gouge de Politzer,
un marteau,
un protecteur de Stacke,
trois curettes.

On possédait également un outillage instrumental sommaire, permettant l'examen et le traitement des maladies les plus communes des fosses nasales et du pharynx.

Quand l'hôpital de campagne n° 2 entra en fonctionnement, le 15 février 1908, les opérations militaires étaient en pleine activité. La préoccupation principale se portait vers les blessés de guerre. Certains autres blessés, dont la lésion présentait un caractère moins urgent et qui semblaient pouvoir attendre, risquaient d'être rangés prématurément au nombre des non-valeurs et d'être évacués sur l'arrière, c'est-à-dire sur l'hôpital militaire d'Oran.

On demanda et on obtint aussitôt, de la Direction du Service de Santé du Corps de débarquement, que tous les malades atteints d'affection de l'oreille, fussent dirigés à l'avenir sur l'hôpital n° 2, qui tendait vers la spécialisation.

Les débuts du service nouveau furent modestes. L'hôpital s'installait par ses propres moyens et par l'effort persévérant de son personnel. Il importait, en toutes choses, de marcher au but, par le chemin le plus court.

Sur cette côte d'Afrique, le soleil fournissait la plus précieuse des sources de lumière, par sa grande intensité et par l'avantage qu'il offrait de conserver aux parties examinées leur couleur naturelle. Pour stériliser les pansements, on se servit d'abord d'une petite lampe à alcool et d'une casserole en fer battu. Tous les pansements, à l'origine, étaient antiseptiques ; on utilisait, suivant les cas, l'eau oxygénée, la glycérine phéniquée ou l'alcool boriqué.

Puis, l'installation générale progressant chaque jour, l'arrivée d'un autoclave permit de préparer des petits paquets stérilisés, contenant les mèches de gaze et l'ouate nécessaires. On put commencer à soigner les otites aiguës par l'application de pansements aseptiques.

Enfin, quand il fallut entreprendre des opérations sérieuses, trépanations ou évidements pétro-mastoïdiens, l'hôpital n° 1, transportée sur un emplacement voisin de celui de l'hôpital n° 2, prêta une salle d'opérations, donnant toute sécurité, au point de vue de la qualité du milieu opératoire. L'hôpital n° 2, habité par un grand nombre de suppurants (chancres et bubons, etc.) ne pouvait pas offrir les mêmes garanties.

Au cours de ces étapes nécessaires, le personnel infirmier, recevait l'instruction nécessaire et se perfectionnait peu à peu dans l'application de ces pansements spéciaux, sous la surveillance quotidienne des médecins traitants. On parvint ainsi, de très bonne heure, à placer entre les mains d'un personnel de confiance, très bien adapté, une partie importante du service de la salle de pansements.

En même temps, l'idée faisait son chemin. Une consultation externe fonctionnait. chaque matin, à l'hôpital, pour les malades envoyés par les médecins des corps de troupe, officiers et soldats, mais aussi, à l'occasion, pour la population civile et les indigènes.

Pendant une durée de 14 mois, l'hôpital n° 2 reçut en traitement 30 otites ; 29 malades furent examinés ou soignés à la consultation externe, pour des affections de l'oreille, sans entrer à l'hôpital.

Avant de porter une appréciation sur la valeur du résultat obtenu, il n'est pas inutile de rappeler dans quelles conditions, éminemment défavorables, se trouvaient placés, à Casablanca, les malades souffrant pour la première fois, d'une lésion de l'appareil auditif, ou qui voyaient reparaître un accident ancien. On connaît de longue date, l'influence néfaste exercée par le climat maritime, sur les diverses variétés d'otites. La côte ouest du Maroc n'échappe pas à cette règle ; elle la confirme d'une façon éclatante.

Pendant la saison d'hiver, tout particulièrement, la température y est des plus variables, fournissant des écarts quotidiens de 10 à 12 degrés, entre le minimum du matin et le maximum du milieu de la journée. Au coucher du soleil, suivi d'un crépuscule de courte durée, se produit un abaissement brusque de la température. Puis, vient la nuit froide, très humide, surtout aux premières lueurs du jour. Il faut, pour se défendre contre les atteintes du froid pénétrant de la nuit, être largement pourvu de couvertures, de peaux de mouton ou de vêtements chauds.

De telles conditions de confort ne sont guère compatibles avec les exigences de la guerre, surtout pendant les premiers mois. En colonne, l'habitation sous la tente ; en station, l'installation dans un baraquement en bois ou dans une maison marocaine mal close, n'offrent que des moyens de préservation très précaires.

Le climat variable de la côte marocaine, facilite l'infection du rhino-pharynx et l'apparition consécutive des otites. Aussi les cas sont-ils nombreux, de malades récemment atteints pour la première fois, ou souffrant d'une récidive, qu'on a pu très rapidement, guérir de maux d'oreille, en les débarassant d'amygdales hypertrophiées ou de végétations adénoïdes, souvent infectées.

A la suite du traitement, qu'il s'adressât directement à l'oreille malade, ou qu'il tendît à l'atteindre par la voie indirecte du rhino-pharynx, un nombre infini de malades présentèrent des récidives. On en compte 3 seulement sur un chiffre de 80 cas hospitalisés. Encore s'agissait-il de vieux suppurants de l'oreille justiciables de l'évidement pétro-mastoïdien. L'un deux accepta l'opération et guérit. Les deux autres conservèrent un suintement intermittent.

On fut amené à pratiquer le morcellement des amygdales, à la pince de Ruault, chez douze malades otiques et on enleva au couteau de Moritz Schmidt, chez vingt-trois malades, des végétations adénoïdes dont la présence était une cause d'accidents du côté de l'oreille.

Une telle pratique était suivie de conséquences sérieuses au point de vue militaire. S'il s'agissait d'un officier, il était de la plus haute importance qu'une gêne, supportable en temps de paix, ne devînt pas la cause d'une insuffisance professionnelle, d'une inaptitude véritable au service pénible exigé en temps de guerre. A la suite d'une simple ablation de végétations adénoïdes, un jeune officier qui souffrait, depuis son arrivée au Maroc, de troubles otiques, entretenus par l'infection du rhino-pharynx, nous écrivait : « Ma situation est transformée. Je suis désormais capable de faire tout mon service. » — Un autre officier, qui avait subi la même intervention, au début de la campagne, racontait, une année plus tard, qu'il n'avait plus jamais souffert. Il avait cependant parcouru en tous sens le pays occupé, en s'exposant aux intempéries et en couchant sous la tente. C'était obtenir, par des moyens bien simples, un résultat de haute valeur.

Il arrivait aussi qu'un sous-officier, désireux de contracter un rengagement, se voyait arrêté par le médecin chargé de signer le certificat d'aptitude. On hésitait à mettre en péril les intérêts de l'État, en conservant un homme qui souffrait d'une suppuration de l'oreille. Le malade était envoyé à l'hôpital. Il en sortait, un mois après, guéri de sa suppuration, rendu apte en un mot, à fournir un bon service de sous-officier rengagé.

On a pu voir, au chapitre précédent, combien le chiffre des journées de traitement avait été peu élevé, dans les dernières formes et même dans les cas d'otites moyennes réchauffées. Ce résultat, à notre avis, doit être attribué, en grande partie, aux bienfaits de l'examen systématique du rhino-pharynx, examen suivi du traitement approprié, aussi souvent qu'il le fallait.

Or, il n'est pas indifférent, au cours d'une campagne de guerre, que des malades, même atteints d'affections curables, fassent un séjour de peu de durée dans les formations sanitaires. Ce but doit être poursuivi sans relâche. On peut souvent l'atteindre, par les moyens thérapeutiques les plus simples.

La méthode de traitement employée à Casablanca n'a donné lieu à aucun mécompte à ce sujet. Son efficacité est soulignée encore par l'absence complète de complications, parmi les malades envoyés assez tôt à l'hôpital. Il n'a pas été relevé un seul cas de mastoïdite qui ait apparu au cours du traitement, bien que nous ayons eu à soigner un nombre appréciable d'otites aiguës, accompagnées de symptômes menaçants. Une seule mastoïdite aiguë, nécessitant la trépanation nous était arrivée de l'intérieur de la Chaouïa, déjà en pleine évolution.

Enfin les guérisons obtenues ont présenté un caractère permanent, même dans les occasions les moins favorables. Quand il s'est rencontré des cas rebelles, des otites moyennes chroniques, compliquées d'ostéite de la caisse, nous n'avons pas hésité à propager aux malades l'opération définitive, l'évidement pétro-mastoïdien. Quatre malades ont accepté cette intervention : un tirailleur algérien, un chasseur d'Afrique, un infirmier, un marin. Ces quatre hommes étaient très différents les uns des autres par la race, l'origine, la valeur physique ou l'arme à laquelle ils appartenaient. Ils ont tous guéri, dans des conditions excellentes et d'une façon définitive, après quarante jours de traitement en moyenne. Pour chacun, la réunion de la plaie opératoire s'est faite par première intention, grâce à l'application du procédé de Siebenmann-Luc. Enfin tous ces opérés ont été conservés au corps de débarquement. Ils ont repris leur service.

Aucune démonstration ne peut établir d'une façon plus formelle l'efficacité de la méthode, ni rendre plus évidente la nécessité de soigner les otites, au cours d'une campagne. Ces faits démontrent aussi que les interventions les plus importantes sont elles-mêmes possibles, quand on veut bien y avoir recours. Elles produisent dans ces conditions spéciales, des résultats aussi parfaits que partout ailleurs.

Afin de donner sa physionomie exacte à la tentative faite à Casablanca, il nous reste à fournir les résultats de notre pratique otologique, envisagés au point de vue de la conservation des effectifs; question capitale, surtout quand il s'agit d'une armée numériquement faible, combattant loin de la métropole.

Au début de la campagne, pendant les quatre premiers mois, avant l'organisation d'un service spécial, les otites étaient soignées à l'hôpital n° 1, dans le service des blessés. Nous avons pu relever que, sur un total de douze malades hospitalisés pour des affections de l'oreille, six avaient été évacués de Casablanca, sur l'Algérie : soit une perte de 50 °/₀ pour cette catégorie de malades.

Au contraire, à partir du 15 février 1908, l'hôpital n° 2 a reçu, pour ces mêmes affections, 80 malades, sans parler des 29 consultants. Il en a évacué 6 seulement sur l'Algérie. Les pertes se limitent donc à 7,5 °/₀ pour les hospitalisés, proportion véritablement infime.

Sur ces 6 malades évacués :

2 présentaient une diminution de l'acuité auditive nécessitant la réforme;

2 souffraient d'une otorrhée persistante et présentaient un mauvais état général;

1 était atteint en même temps de tuberculose pulmonaire au début ;

1 fatigué et anémié, après avoir souffert d'une otite suraiguë, quittait le Maroc, complètement guéri de sa lésion locale, mais était envoyé en congé de convalescence.

Il est intéressant de noter que ces évacuations sur l'Algérie ont eu lieu toutes, entre le 15 février et le 18 août 1908, c'est-à-dire pendant les premiers mois. Dans la suite, tous les malades soignés pour otites, sont restés au corps de débarquement, après guérison. Le courant normal s'était établi, aussi bien au point de vue de la discipline acquise dans l'application du traitement qu'au point de vue de l'influence exercée sur le milieu militaire en général.

Quelques simulateurs ou exagérateurs s'étaient rencontrés, surtout parmi les troupes indigènes. Les cas de cet ordre disparurent, du jour où il fut établi qu'on procédait dans tous les cas, à un examen attentif, suivi de la conclusion nécessaire, et que l'observation de chaque malade, notée dans ses détails essentiels était conservée. Si l'on songe à l'importance que pourraient prendre des faits de cette nature dans une armée nombreuse, où les moyens de simple diagnostic feraient défaut, près du service de l'avant, on est fondé à considérer la pratique de l'otologie en campagne comme une nécessité de l'avenir. Elle assurera à un nombre considérable de malades les moyens de traitement rapide qu'ils sont en droit d'attendre aujourd'hui. Elle rendra vaines des tentatives qu'il est déjà facile de prévoir. A cet égard l'expérience faite à Casablanca pourrait servir d'enseignement.

IV

Le règlement du 31 octobre 1892, modifié par celui du 20 février 1909, sur le service de santé en campagne, actuellement en vigueur, prévoit, pour les traitements d'une certaine durée, nécessaires aux blessés ou aux malades, des hôpitaux dits de campagne, susceptibles de s'immobiliser, c'est-à-dire d'acquérir une fixité presque absolue pendant un temps assez long : ce fut le cas des trois hôpitaux de campagne du Maroc, qui sont devenus fixes d'emblée. Il est évident que c'est exclusivement dans l'un des hôpitaux de campagne de ce genre que doit être prévu et organisé un service d'otologie.

Le futur règlement sur le service de santé en campagne, dont le texte définitif n'est pas encore publié, mais dont l'analyse a été faite dans des journaux et conférences (*Bulletin officiel*) de l'Union fédérative des Médecins de réserve et de territo-

toriale du 14 octobre 1908), prévoit pour l'hospitalisation de tous les malades et blessés, qu'ils soient à l'avant, c'est-à-dire près de la ligne de feu, ou bien à l'arrière, c'est-à-dire entre la zone de l'avant et celle de l'intérieur du territoire national une formation sanitaire unique, l'ambulance doublée de sa section d'hospitalisation.

Il est certain que le service otologique ne saurait être envisagé dans les ambulances et sections d'hospitalisation du corps d'armée, c'est-à-dire celles opérant dans la zone de l'avant. Peut-être pourrait-on y songer pour l'une des ambulances et sections d'hospitalisation de l'armée, opérant à l'arrière de troupes engagées. Mais il serait infiniment préférable de réserver aux « spécialités » un des hôpitaux faisant partie des « centres hospitaliers » prévus dans la zone de l'arrière.

Dès lors, si le principe de la création d'un service otologique est admis, il faudra lui constituer un personnel et un matériel.

Le personnel est facile à trouver. Pour une campagne hors d'Europe, en pays peu civilisés et avec des effectifs moins importants que ceux que mobiliserait une guerre européenne, on trouvera toujours, parmi les médecins militaires de l'armée active, le ou les spécialistes nécessaires. Et dans une campagne qui mettrait sur le pied de guerre toute la nation armée, le futur réglement prévoit, pour les centres hospitaliers dont nous parlions plus haut, des médecins et chirurgiens consultants civils, parmi lesquels on recrutera sans difficulté les spécialistes désirés. Quant aux aides principaux, collaborateurs immédiats, il sera facile de les dresser assez vite, comme nous l'avons fait au Maroc.

Reste donc la question de matériel. Ce matériel comprend des instruments d'opération. Les uns et les autres doivent être réduits au strict minimum : au surplus, la simplification n'est-elle pas une marche en avant et au contraire la complexité dans l'outillage un recul dans la voie du progrès ?

Les instruments d'exploration existent dans l'arsenal réglementaire actuel, réunis dans la boîte n° 12, modèle 1894, dite boîte des maladies des oreilles. Les instruments pour opérations otologiques existent aussi : la plupart dans la boîte précitée, quelques-uns dans la boîte n° 3, dite de trépanation. Or, en temps de paix, ces boîtes sont affectées aux hôpitaux au-dessus de 100 malades. Il suffirait donc, pour les hôpitaux de campagne actuels, d'allouer à l'un d'eux « spécialisé pour les spécialités » le matériel instrumental existant en temps de paix et, pour les formations créées par le futur règlement et jugées

d'après nous susceptibles de spécialisation (une section d'hospitalisation ou un hôpital d'un centre hospitalier) ce même matériel, dont le détail est le suivant :

Instruments d'exploration	1 otoscope de Brunton.	boîte n° 12
	1 miroir frontal	
	1 diapason.	
	1 tube otoscopique de Toynbee	
	1 poire Politzer	
	1 sonde d'Itard.	
	3 spéculums de Politzer.	
Instruments pour opérations	1 bistouri pour paracentèse	boîte n° 12
	1 ciseau droit de Politzer	
	1 ciseau gouge	
	1 protecteur de Stacke	
	1 curette fenêtrée coudée	
	1 érigne-écarteur	
	1 pince à corps étrangers	
	1 pince porte-coton	
	1 pince gouge coupante	boîte n° 3
	1 rugine	
	1 maillet	
	1 gouge	
	1 curette ordinaire, etc.	

Ajoutons, à titre purement documentaire, et pour mémoire, qu'il y aurait lieu de préparer également une instrumentation analogue d'examens et d'interventions visant les fosses nasales et le pharynx, car nombre d'otites réclament le traitement concomitant du nez et de la gorge : c'est un fait d'observation vulgaire et nos observations en confirment l'importance. Mais cette question n'est pas du domaine de l'otologie pure ; elle ne doit pas être envisagée dans ce travail.

V

En somme, la question de l'introduction de la pratique otologique dans les armées en campagne paraît facile à résoudre. Nous espérons que ce travail en démontre la possibilité et témoigne de l'importance des résultats.

La pratique légendaire de la période pré-otologique, le trop longtemps classique « laisser faire, laisse couler » ne doivent plus trouver aucun défenseur, même parmi les plus attachés aux traditions du passé.

Avec des moyens plutôt restreints, mais puissamment aidés

par la volonté de faire le nécessaire, nous avons réussi à Casablanca, grâce à une collaboration incessante du personnel médical et infirmier intéressé à la pratique otologique, à obtenir des résultats inespérés.

Aux malades, nous avons, dans la très grande majorité des cas, apporté la guérison; aux uns, nous avons conservé ou rendu une fonction auditive suffisante, comme qualité et comme quantité; aux autres, nous avons supprimé soit des lésions aiguës, causes possibles de surdité future ou de complications suppuratives, soit des lésions chroniques, véritables épées de Damoclès dont le danger est d'autant plus grand qu'il est plus méconnu.

A l'armée, nous avons rendu, valides et aptes à reprendre et à continuer la campagne, des soldats qui pouvaient, dans une proportion notable, devenir des non-valeurs à échéance plus ou moins lointaine et nous l'avons débarrassée, dès le début, d'incurables grossissant en apparence seulement les effectifs.

A la nation, enfin, nous avons restitué dans une proportion importante des hommes guéris, dont l'avenir au point de vue otologique paraît à peu près assuré, au lieu de valétudinaires exposés à de perpétuelles rechutes.

Bien que faite sur une petite échelle, sur des effectifs d'importance moyenne et pour une campagne extra-européenne, l'expérience n'en est pas moins décisive. Elle permet de réclamer droit de cité pour l'otologie dans les armées en campagne.

II

SUR

LES TUMEURS DE L'ACOUSTIQUE

Étude clinique et anatomo-pathologique avec une observation personnelle et avec quelques considérations sur la fine structure des gliomes en général.

Par **G. ALAGNA** (de Palerme),
assistant à l'Institut de Médecine opératoire
de l'Université Royale de Palerme, dirigé par le Prof. G. Parlavecchio.

Introduction.

C'est seulement au cours de ces dernières années que les otologistes et les neurologistes se sont occupés des tumeurs de l'acoustique ; autrefois, les observations étaient très rares et ce sont les récents perfectionnements des modes d'examen qui ont permis d'approfondir cette étude. Désirant relater un cas personnel, j'ai cru devoir recueillir, coordonner et analyser les matériaux épars afin de pouvoir émettre une opinion synthétique sur cette importante affection nerveuse.

Tout d'abord je m'intéresserai aux observations de tumeurs de l'acoustique publiées par divers auteurs [1], me réservant de distinguer celles qui présentent un intérêt clinique de celles dont la tumeur a été accidentellement rencontrée à l'amphithéâtre.

Toute observation doit être complétée par une autopsie. En dehors de ces cas, j'ouvrirai un paragraphe où je grouperai les cas isolés dans lesquels le néoplasme de l'acoustique constitue seulement un phénomène partiel d'une affection généralisée du système nerveux (neurofibromatose centrale de Henneberg et fibrosarcomatose de Koch).

Pour abréger, je passerai sous silence les cas où le néoplasme ne siège pas dans l'acoustique, mais dans son voisinage immédiat (dure-mère du porus acusticus internus ou de la face postérieure du rocher du temporal) quoiqu'ils puissent évoluer de la même manière que les véritables tumeurs de l'acoustique.

Dans un second chapitre, j'étudierai en détail mon observation tant au point de vue clinique, qu'histopathologique, m'éten-

1. Je ne parlerai pas des cas où l'autopsie n'a pas été faite (observations de Vos, Hartmann, etc.), car ils n'ont pas une valeur probante.

dant sur l'anatomie pathologique des tumeurs de l'acoustique en général.

Je compte jeter, dans un troisième chapitre, les bases de l'étiologie, de la symptomatologie et de l'évolution des tumeurs de l'acoustique, en insistant sur les signes diagnostiques qui les différencient d'autres formes morbides.

Le quatrième et dernier chapitre sera consacré au traitement des tumeurs de l'acoustique dont les chirurgiens s'occupent seulement depuis peu.

Chapitre I.

A. — Observation d'autopsies avec peu ou pas d'histoire clinique.

1. *Cas de Fleischmann* (1840). — L'auteur raconte qu'il a trouvé le long de la branche cochléaire de l'acoustique deux nodules remplissant la totalité du conduit auditif. Pas de diagnostic histologique.

2. *Cas de Voltolini* (1861) [1]. — Le conduit auditif interne gauche est envahi par une masse de la dimension d'un pois, rougeâtre et molle, dans laquelle on ne rencontre nulle trace du nerf acoustique. Le nerf facial est repoussé vers le haut du néoplasme. En avant et en arrière de ce dernier, on voit des fibres originaires de l'acoustique.

Diagnostic histo-pathologique : sarcome.

3. *Cas de Foerster* (1862).

a) A gauche, entre la moelle épinière et le rocher du temporal, on rencontre une tumeur grosse comme un œuf d'oie, bien délimitée, bosselée. Cette tumeur se creuse une niche profonde dans la moelle épinière et dans le pont, qu'elle comprime au point de faire saillir notablement le plancher du IV^e^ ventricule.

Le conduit auditif interne est dilaté, la tumeur se propage à l'intérieur.

Le nerf acoustique est envahi par la tumeur depuis son origine apparente, mais sans qu'on en puisse suivre la trace. Les autres nerfs sont fortement comprimés.

Diagnostic histo-pathologique : névrome de l'acoustique.

b) Dans le second cas, la tumeur se comportait de même mais sans se propager au conduit auditif interne.

4. *Cas de Foester* [2].

a) Un individu de 56 ans, affecté dès longtemps d'hallucinations auditives, est emporté par des accidents méningo-cérébraux.

A l'autopsie, on trouve sur la face postérieure du rocher pétreux, un peu au-dessus du conduit auditif interne, juste à la hauteur de

1. Ce cas concerne une femme de 56 ans, chez laquelle l'auteur avait constaté durant la vie une surdité totale du côté gauche.

2. L'auteur attire l'attention sur le fait que chez aucun de ses malades le fonctionnement du facial n'avait souffert, bien que le tronc de ce nerf fût aminci et dégénéré.

l'attache de la tente du cervelet, une tumeur ronde, de la dimension d'une cerise, d'un gris blanchâtre, avec une nuance rosée. Cette tumeur se creuse une niche dans l'hémisphère cérébelleux gauche sans contracter aucune adhérence avec ce dernier, ni avec la dure-mère. Le nerf acoustique adhère intimement à la tumeur et fait corps avec elle, de sorte qu'on arrive difficilement à l'isoler. Après sa pénétration dans le conduit auditif interne, il se transforme en un mince cordon dégénéré.

Le nerf facial est fortement comprimé et aminci à la périphérie interne de la tumeur. Une partie de la tumeur réussit à pénétrer à l'intérieur du conduit auditif.

Diagnostic histo-pathologique : fibro-sarcome.

b) Malade de 26 ans ayant succombé à une néphrite. Les résultats de l'autopsie sont analogues aux précédents.

5. *Cas d'Habermann* (1891).

Le conduit auditif interne est envahi par une tumeur qui n'étant pas issue de ce conduit, se ménage une niche dans le tronc de l'acoustique.

Diagnostic histo-pathologique : fibrome de l'acoustique.

6. *Cas de Krepuska* (1894).

On trouve, dans la moitié droite du cervelet, une tumeur de la dimension d'un œuf de pigeon qui peut être facilement énucléée du cervelet. La portion antérieure de cette tumeur adhère intimement à la face postérieure du rocher. L'oculo-moteur, le trochléaire et l'abducteur sont fortement aplatis. L'acoustique et le facial du côté droit sont visibles à leur sortie de la moelle épinière, puis ils se perdent au milieu des lobes de la tumeur. Mais tandis que l'on distingue faiblement le point où le facial pénètre dans le rocher, il n'en est pas de même pour l'acoustique. La tumeur pénètre aussi dans le conduit auditif interne, et sort de la cavité cranienne à travers le foramen jugulaire.

Diagnostic histo-pathologique : gliofibrome.

7. *Cas de W. Anton* (Observation II).

Il s'agit d'un homme de 63 ans mort de pneumonie lobulaire bilatérale, néphrite, etc. (L'observation est incomplète et passe sous silence les troubles auditifs.)

A l'autopsie, on trouve une tumeur ronde, grosse comme une noisette, légèrement bosselée, qui atteint le conduit auditif interne et contracte des rapports très intimes avec le nerf acoustique gauche. A la périphérie de la tumeur, on voit des fibres médullaires dégénérées qui pénètrent à l'intérieur de la tumeur. Diagnostic histopatologique : ?

Diagnostic histologique : fibro-sarcome du nerf acoustique gauche.

8. *Cas de Sternberg* (Observations I et III).

a) Une tumeur de la dimension d'un œuf de pigeon s'enfonce à la surface antérieure d'une part et d'autre part, à la surface antéro-inférieure du cervelet droit, de sorte que le *pedonculus cerebelli ad pontem* et *pedunculus cerebri* semblent violemment distendus et

comprimés. Cette tumeur est bosselée et revêtue d'une membrane connective qui adhère à l'arachnoïde du côté du cervelet. Le nerf acoustico-facial et le tiers antérieur du trijumeau adhèrent par endroits à la tumeur et font corps avec elle. On peut facilement extraire la tumeur de sa niche.

Diagnostic histo-pathologique : gliome.

b) Comme dimension et point d'implantation, la tumeur du second cas ressemble beaucoup à la première qui fut observée à la clinique de Nothnagel [1].

Diagnostic histo-pathologique : fibrogliome.

9. *Cas de Gœrke.*

a) Homme de 25 ans ayant succombé à une pneumonie [2].

La tumeur, grosse comme une noisette est sise à la face postérieure du rocher du temporal droit, entre le pont et le cervelet. Elle envoie des rameaux dans le conduit auditif interne qui est fortement dilaté. A l'intérieur de ce conduit, envahi par le néoplasme, on ne distingue pas les nerfs acoustique et facial.

Diagnostic histo-pathologique : fibro-sarcome.

b) Femme de 42 ans, emportée par une néphrite et des accidents cardiaques [3]. La tumeur, implantée au même point que la précédente, est grosse comme une cerise ; sa face est lisse et sa consistance dure. A la coupe elle est d'un gris-rougeâtre. Ici aussi, la tumeur envoie des prolongements dans le conduit auditif interne, mais ces ramifications s'étendent au tiers interne du conduit. Contrairement à ce qui advint dans le premier cas, on distingue nettement l'acoustique et le facial au fond du conduit.

Diagnostic histo-pathologique : fibro-sarcome

Examen microscopique du labyrinthe dans les deux cas :

Chez le premier malade on observe la disparition complète des fibres nerveuses et des cellules ganglionnaires du *modiolus* et du canal spiral (ces éléments sont constitués par des fibres connectives). Altérations dégénératives marquées de la lame spirale. La portion osseuse est amincie et traversée par un tissu connectif à mailles lâches. L'organe de Corti a disparu sur toute l'étendue du limaçon.

Dans le second cas, au contraire, on rencontre encore des fibres nerveuses et des cellules ganglionnaires intactes, l'organe de Corti est partiellement bien conservé.

B. — Observations avec autopsie.

1. *Cas de Brückner* (1867).

Cette observation concerne une femme de 28 ans, qui à l'âge de

1. La tumeur appartient à une femme de 35 ans, du service du prof. Redtenbacher.

2. Les quelques renseignements recueillis peuvent se résumer en deux mots : céphalalgie et paralysie faciale. Aucun détail au sujet de l'organe de l'ouïe.

3. Nous ne savons rien de l'anamnèse.

13 ans fit une chute sur l'occiput. Trois ans après, la marche devint chancelante et elle présenta de l'ataxie des membres supérieurs et un tremblement des mains. Depuis quatre ans, l'audition s'affaiblit du côté gauche et des crises de vertige se manifestent.

Plus tard, la surdité s'accentue et on observe de la parésie de l'abducteur gauche et des extrémités inférieures.

Depuis 18 mois, la faiblesse des extrémités inférieures va toujours s'accentuant. La température de la joue gauche est inférieure à celle de la joue droite.

Diagnostic clinique. — Tumeur de la cavité cranienne au voisinage de l'acoustique gauche, avec lésions de la VI^e^ et de la X^e^ paire.

A l'autopsie, on découvre sous l'hémisphère cérébelleux gauche, à côté de la moelle épinière et du pont, une tumeur de la dimension d'un œuf, bosselée. Cette tumeur n'adhère pas à la substance cérébelleuse, elle est molle et comprime le pont et la moelle épinière. A la coupe, elle a un coloris jaunâtre et semble constituée par des couches molles et dures ; de plus elle renferme des kystes de la dimension d'une lentille, contenant non du liquide, mais une masse dure, élastique.

On ne distingue plus le nerf acoustique gauche (l'auteur croit qu'il a été complètement détruit) ; les nerfs de la VI^e^ et de la X^e^ paire qui subsistent sont réduits à l'état de minces cordons.

Diagnostic histo-pathologique : gliome de l'acoustique.

2. *Cas de Bœttcher* (1871).

Il s'agit d'un individu affecté dès longtemps de céphalée chez lequel se déclarèrent brusquement une surdité de l'oreille droite, et une cécité du même côté, puis une paralysie faciale gauche et une parésie de la moitié gauche du corps et enfin une cécité complète. Le malade mourut dans le coma.

A l'autopsie, on note outre l'hydrocéphalée chronique et la dégénérescence vésiculaire du tuber cinereum (c'est à cette dernière lésion que l'on attribue la cécité) entre le pont, la moelle épinière et l'hémisphère cérébelleux gauche, une tumeur grosse comme une pomme, légèrement bosselée qui comprime le *névraxe*. Le facial et l'acoustique s'insèrent sur le segment antérieur de la tumeur, à sa face interne. Le trijumeau, le glosso-pharyngien et le vague sont comprimés par la tumeur, qui se propage au conduit auditif interne. A la section la tumeur apparaît blanchâtre et charnue ; elle pénètre jusqu'au *modiolus*.

En examinant le labyrinthe, on découvre une *atrophie du ganglion spiral et des cellules ciliaires externes et internes.*

Diagnostic histo-pathologique : fibro-sarcome.

3. *Cas de Moos* (1874).

Une femme de 49 ans, est prise inopinément d'une anesthésie de la moitié gauche de la face et de la muqueuse buccale. Faiblesse visuelle à gauche. Vertige. Diminution de l'acuité auditive. Parésie faciale. Céphalée. Diplopie. Ptosis. Mouvements ataxiques du bras gauche. Troubles de la déglutition.

A l'autopsie, on trouve sur la face externe du conduit auditif interne gauche, une tumeur grosse comme une noisette qui contracte des adhérences avec les pédoncules cérébraux, comprime le cervelet et la moelle épinière. Cette tumeur est développée dans un segment dur et dans un autre de consistance molle, presque muqueuse. Le nerf acoustique gauche pénètre au milieu de la tumeur et semble y prendre fin. L'acoustique et le facial sont aplatis, de même que l'oculo-moteur et le trijumeau à gauche. Le pivot de la tumeur est constitué par l'acoustique qui s'engage sur une longueur de 2 millimètres dans le conduit auditif interne. Une seconde tumeur est logée dans le conduit auditif interne.

Diagnostic histo-pathologique : sarcome fusi-cellulaire.

4. *Cas de Nicoladoni* (cité par Hartmann), 1874.

Il s'agissait d'un homme de 63 ans, souffrant depuis deux ans de violentes douleurs faciales (névralgie du nerf mandibulaire) qui ne lui laissent que de courts répits, l'assaillant à toute heure du jour et de la nuit. Elles débutent sur la moitié droite de la lèvre inférieure et se propagent vers le haut, sur un point situé un peu en arrière de la branche ascendante du maxillaire inférieur. En comprimant ce point, on provoque aussitôt une vive douleur qui gagne toute la moitié droite du maxillaire inférieur. On pratique la neurectomie, d'après la méthode de Paravicini.

A l'autopsie, on découvre sur la face postérieure du rocher du temporal droit, une tumeur dure, de la dimension d'une noix, qui se prolonge dans le conduit auditif interne et se trouve en connexion intime avec l'acoustique.

Diagnostic histo-pathologique : fibrome de l'acoustique.

5. *Cas de Klebs* (1877).

Individu de 25 ans, affecté depuis 5 ans de cécité bilatérale. En l'espace de six mois, on voit se développer une surdité totale du côté droit ; 18 mois après l'apparition de la cécité, la démarche devient incertaine, sensation de vertige et céphalée à droite.

Depuis 6 mois, le malade est incapable de marcher, il perd la sensation du sol à droite.

A l'autopsie, on découvre dans le voisinage du conduit auditif interne droit, une tumeur qui comprime le cervelet et la moelle épinière et réduit le pont d'une bonne moitié. Cette tumeur envoie des ramifications dans le conduit auditif interne. Il semble que l'acoustique se perde dans le néoplasme, tandis que le facial demeure visible. La tumeur a la dimension d'un œuf de poule, elle est jaune et d'apparence muqueuse par places. A la coupe, on la trouve richement vascularisée et remplie de kystes renfermant un liquide clair. Certains points de la surface sectionnée présentent un aspect tendineux.

Diagnostic histo-pathologique : neurome fasciculé lymphangiectasique du nerf acoustique.

6. *Cas de Stevens* (1879).

Il s'agit d'une jeune fille de 17 ans, atteinte de paralysie bilaté-

rale du droit externe qui se manifeste petit à petit. Pupilles mydriatisées avec réaction torpide. Stase papillaire. Acuité visuelle 20, 70 Voix scandée. La malade est sujette à des céphalées frontales et occipitales. Dans les derniers temps, les facultés psychiques se sont affaiblies.

Depuis un an, surdité de l'oreille gauche : l'incertitude dans la marche remonte à deux ans. Dans les derniers jours, la déambulation est devenue impossible, de même que la station sur un plan horizontal. Parésie de la moitié droite du corps. Mort dans le coma.

A l'autopsie, on trouve dans la fosse cérébelleuse gauche une tumeur qui remplit la moitié de cette fosse et réduit l'hémisphère cérébelleux à la moitié de son volume normal. Un cordon du néoplasme s'enfonce dans le conduit auditif interne et occupe la place du nerf acoustique[1]. La tumeur a une forme presque ronde, elle présente des bosses et est revêtue d'une mince capsule fibreuse. Son diamètre atteint 2 pouces et son poids une once et demie. Coloration sale. A la surface, on voit de nombreux vaisseaux et des nerfs.

La surface de la coupe est dure, d'un gris clair à la périphérie et d'un jaune rougeâtre dans les zones centrales.

Diagnostic histo-pathologique : sarcome de la portion périphérique de l'acoustique.

7. *Cas de Bürkner* (1883).

Individu de 36 ans, sujet depuis 6 mois à de la faiblesse dans les jambes, des vertiges et de la céphalalgie.

Examen objectif : Pupilles dilatées ne réagissant pas. Paralysie de l'abducteur et parésie de l'oculo-moteur droit. Parésie du muscle droit interne gauche. Nystagmus. Stase bilatérale des papilles avec atrophie optique incipiente. Légère hyperesthésie de la moitié droite du visage. Absence du réflexe cornéen. Parésie du facial et du trijumeau droit. Parésie de la moitié droite du voile palatin. Surdité totale à droite avec examen otoscopique négatif. Parésie de la région de l'accessoire (les mouvements de la tête sont entravés) et de l'épiglotte (voix lente, scandée, monotone). Troubles gustatifs bilatéraux. Légère parésie des quatre extrémités. Un peu d'ataxie à droite et à gauche. Aucun trouble de la sensibilité.

A l'autopsie, on trouve du côté droit du pont, une tumeur adhérant fortement à l'acoustique et au facial. Cette tumeur comprime le trijumeau, qui est très aplati et pénètre dans le conduit auditif interne où il semble remplacer l'acoustique. La tumeur est de consistance élastique, d'un gris jaune et porte des bosses irrégulières. Le centre de la coupe paraît mou, tandis que la périphérie présente des foyers hémorragiques.

Diagnostic histo-pathologique : sarcome à cellules rondes.

1. L'examen microscopique de ce prolongement montre la structure d'un nerf (VIII[e]) dont on peut suivre les fibres nerveuses sur une longueur de 4 à 6 milimètres dans la masse de la tumeur où elles vont se perdre autour de cordons fibreux.

8. *Cas de Sharkey* (1888).

Homme de 41 ans, souffrant depuis une année de céphalée, de vertiges et de faiblesse générale ; il se plaint continuellement de douleurs au vertex et au front et est sujet à des exacerbations temporaires durant lesquelles on observe des crises de vertiges (les objets semblent pencher vers la gauche). Ces crises se renouvellent jusqu'à 9 fois par jour avec perte de conscience durant 10 minutes. Jamais de vomissements. Les troubles nerveux périphériques font défaut. Stase pupillaire bilatérale. Membranes tympaniques normales. La montre est perçue à deux pouces à droite, mais on ne l'entend pas à gauche. L'examen au diapason est normal du côté droit. A gauche les diapasons ne sont pas entendus. Les bruits de l'oreille gauche augmentent d'intensité d'une façon intermittente.

Vers la fin, on observa des troubles psychiques (perte de connaissance par moments, excitabilité nerveuse marquée), spasmes cloniques des extrémités, hallucinations visuelles avec abaissement de l'acuité de la vue.

A l'autopsie, on trouve une tumeur grosse comme un marron, de consistance dure, du tronc de l'acoustique gauche. Cette tumeur siège dans l'angle entre le pont et le cervelet ; elle comprime le pont, mais n'attaque pas d'autre nerf. Le conduit auditif interne est dilaté.

Pas de diagnostic histo-pathologique.

9. *Cas de Gomperz* (1890).

Femme de 35 ans, privée depuis deux ans de sensibilité de la moitié droite de la face. Ultérieurement elle accusa de fréquents vertiges, de la céphalée, de la somnolence et un affaiblissement de la mémoire. La parole manque de netteté. Aplatissement de la région temporale et massétérienne gauche. Parésie des muscles innervés par le trijumeau. Le facial, les nerfs des muscles oculaires et l'hypoglosse sont normaux.

Examen otoscopique. — La membrane tympanique et l'acuité auditive sont normales à gauche.

A droite, la membrane du tympan est normale, mais l'acuité auditive est notablement abaissée. Weber latéralisé constamment à l'oreille saine. Rinne négatif.

Depuis un mois on observe une parésie du facial droit, la malade succombe après avoir présenté des troubles de la déglutition, des vomissements et de la somnolence.

A l'autopsie, on trouve dans la fosse cranienne postérieure droite, une tumeur qui se creuse une niche dans le lobe cérébelleux, et qui au moyen d'un cordon connectif vasculaire est adossée et adhère au conduit auditif interne. Cette tumeur, de forme ovale, grosse comme un petit œuf de poule, exerce une forte compression sur le pont et sur la portion initiale de la moelle épinière. Nerf trochléaire normal. Le trijumeau très aplati, gît sur la partie antérieure de la tumeur, tandis que le facial et l'acoustique allongés et aplatis sont en relation intime avec la surface médiane de la tumeur.

Diagnostic histo-pathologique : fibro-sarcome.

Examen microscopique du labyrinthe. — Jusqu'à sa pénétration dans le limaçon, le nerf acoustique présente une atrophie de la gaine médullaire et la disparition du cylindre-axe. Prolifération connective abondante. Seules de rares fibres sont conservées. Les cellules du ganglion vestibulaire sont atrophiées en partie ; l'autre partie est en état de dégénérescence hyaline. Légère atrophie des cellules du ganglion spiral.

10. *Cas de W. Anton.* — (Observation I) 1893.

Individu de 55 ans. Hérédité négative. La maladie débuta une année avant la mort par de la céphalée avec brouillard obscurcissant inopinément la vue pendant une heure. Ces crises se répétaient fréquemment en augmentant de durée et bientôt la cécité devint complète des deux côtés. La céphalalgie persista, accompagnée de bruits subjectifs de l'oreille.

Examen de l'œil. Énorme dilatation pupillaire. Névrite optique bilatérale. L'état du malade interdit un examen prolongé.

Examen auditif. A droite, la membrane tympanique est opaque et rétractée.

La montre est perçue par la mastoïde gauche, mais pas à droite.

La langue est déviée du côté gauche. Parésie du facial inférieur droit. Légère ataxie du bras droit. Parésie des extrémités inférieures. Pas de troubles de la sensibilité. Les réflexes tendineux sont conservés.

On observe ultérieurement des crises de sanglots, la malade perd connaissance pendant un temps variant d'une demi-heure à 3 heures et demie ; le pouls se ralentit et la céphalée augmente. Fièvre [1]. Parésie de l'abducteur droit. Ptosis à gauche. Coma. Pouls très rapide. Mort.

Diagnostic clinique : tumeur cérébrale.

A l'autopsie, on voit dans l'angle fronto-cérébelleux droit, une tumeur de la dimension d'un œuf de poule, bosselée, de consistance inégale, qui soulève l'hémisphère cérébelleux correspondant en haut et en arrière. La mœlle épinière est un peu déviée vers la gauche. Le trijumeau, le facial et l'acoustique fortement comprimés, pénètrent la surface inférieure de la tumeur. Ces deux derniers nerfs contractent des adhérences, et font même corps avec le néoplasme, jusqu'au conduit auditif interne qui est dégagé. La coupe de la tumeur est d'une couleur gris rougeâtre et présente plusieurs foyers hémorragiques.

Diagnostic histo-pathologique : fibro-sarcome de l'acoustique.

Examen microscopique du labyrinthe. Dégénérescence et atrophie tant des éléments du ganglion spiral, que des faisceaux nerveux de la lame spirale surtout à la base du limaçon, point où la lame spirale osseuse est très affinée. L'organe de Corti est généralement bien

1. La fièvre est due peut-être à l'infiltration simultanée du poumon gauche.

conservé. Les vaisseaux veineux sont remplis d'hématies. Pigment abondant, surtout dans le modiolus. Le vestibule et les canaux semi-circulaires ne présentent aucune altération pathologique.

11. *Cas de Sternberg.* — (Observation II et IV) 1900.

a) Malade de 28 ans, de la clinique de Nothnagel, sujette depuis un mois à des troubles visuels consécutifs à un refroidissement qui s'accentuent rapidement et aboutissent à la cécité complète du côté gauche. A droite, la vue est très obscurcie. Simultanément, la malade se plaint d'un abaissement du pouvoir auditif, surtout à droite.

Examen. — Stase bilatérale des papilles. Surdité complète à droite. De violents maux de tête se manifestent par la suite.

A l'autopsie, on trouve une tumeur grosse comme un œuf de pigeon, à surface bosselée, dans le sillon sous-jacent au flocculus cérébelleux, comprenant la moitié droite du pont (où elle se creuse un siège), les pédoncules cérébelleux et le corps restiforme. A la surface de la tumeur, on distingue les nerfs craniens de la V^{e} à la X^{e} paire qui sont tendus et amincis. Le néoplasme qui peut s'infiltrer partout par sa configuration conique, s'insinue dans le conduit auditif interne. Sa surface est fortement vascularisée et son aspect gris-rougeâtre. La surface sectionnée montre des paquets de fibres et quelques foyers hémorragiques.

Diagnostic histo-pathologique : gliome.

b) Femme de 68 ans, soignée dans le service du prof. Kraus. Depuis quatre semaines, elle se plaint d'une céphalée violente et de troubles visuels, surtout du côté droit. Vomissements. Impossibilité de stationner sur un plan horizontal et de marcher. Les pupilles réagissent mal à la lumière. Ultérieurement, les vomissements cessent; la pression endo-cranienne n'augmente pas; mais les douleurs de la région frontale gauche persistent. Vertiges. Choriorétinite gauche. Les taches de la cornée empêchent de reconnaître l'existence de la stase papillaire.

A l'autopsie, on découvre dans l'angle ponto-cérébelleux gauche une tumeur de la dimension d'une noisette, dure et bosselée, qui comprime et aplatit le pont et la surface antérieure de l'hémisphère cérébelleux gauche. Cette tumeur n'est pas en connexion immédiate avec la substance du cervelet et du pont. Elle envoie un mince prolongement jusqu'au conduit auditif interne et y adhère intimement. Le nerf acoustique très affiné, se déroule à la face de la tumeur qui, sectionnée, apparaît d'un gris blanchâtre.

Diagnostic histologique : gliome.

12. *Cas de Politzer* (1901).

Femme complètement sourde depuis 10 ans et ayant eu dans sa jeunesse des crises de manie furieuse. Aucune anomalie cranienne. Les pavillons auriculaires sont d'une longueur extraordinaire (10 centimètres.

Trois mois avant la mort, névrite optique bilatérale avec cécité totale, puis paralysie faciale et démence. Convulsions. Mort dans le coma.

A l'autopsie, on trouve une tumeur ronde, recouvrant une partie de la face postérieure du rocher du temporal, à surface inégale. Cette tumeur fait corps avec l'acoustique et le facial, et rejoint le conduit auditif interne qu'elle remplit dans sa totalité. La cavité tympanique, le vestibule et le limaçon sont macroscopiquement normaux.

Diagnostic histo-pathologique : neurofibrome de l'acoustique.

13. *Cas de Sorgo* (1901) observé à la clinique de Schrœtter.

Il s'agit d'une femme de 42 ans souffrant depuis 18 mois de vertiges et de faiblesse dans les jambes à la suite d'un refroidissement. Elle fut prise aussitôt après de vomissements et de douleurs d'origine occipitale se propageant au front et aux tempes. En marchant, la malade a tendance à choir à gauche. La dureté de l'ouïe s'accentue à gauche. Diplopie. Hyperesthésie de la peau de la tête. Tremblement des extrémités supérieures et inférieures. Troubles transitoires de la miction. Le facial est indemne.

Stase papillaire bilatérale. Parésie de l'abducteur. Nystagmus horizontal. Romberg positif. Diminution de la force musculaire surtout dans les extrémités gauches. Aucun trouble de la sensibilité. Perception gustative retardée. Tachycardie. Exagération du réflexe patellaire. Névralgies transitoires dans la région du trijumeau gauche. Hallucinations visuelles.

Examen de l'audition : Oreille droite normale.

A gauche, légère rétraction tympanique. Weber latéralisé au côté sain ; *Rinne* + ; *Schwabach* atténué. La trompe est perméable. Aucune amélioration de l'ouïe après le cathétérisme. (L'examen a été pratiqué par Alt.)

Diagnostic clinique : tumeur de l'hémisphère cérébelleux gauche.

A l'autopsie, on trouve dans l'hémisphère cérébelleux gauche, une tumeur de la dimension d'un œuf de poule, cernée par les méninges et comprimant la moitié droite du pont et de la moelle épinière. On distingue sur la face postérieure de la tumeur le trijumeau gauche aplati et gris. Le nerf acoustique gauche est très aminci, et subdivisé en deux faisceaux qui se perdent dans la masse de la tumeur. Le facial gauche se rompt au cours de l'extraction cérébrale et n'entretient plus aucune relation avec la tumeur. Cette dernière n'adhère pas au cervelet, dont l'hémisphère gauche se soulève en arrière, et dans le floculus duquel se creuse une niche, mais elle entretient des rapports avec le nerf acoustique dont elle suit le développement. Sa consistance est ferme ; la surface sectionnée est d'un jaune grisâtre, fibreuse, bien vascularisée avec des foyers nécrotiques disséminés.

Diagnostic histo-pathologique : gliome fibreux du nerf acoustique gauche.

14. *Cas d'Hartmann* (Observation H) 1902.

Femme de 44 ans, sujette depuis 4 ans à de violentes céphalées intermittentes et ayant perdu progressivement l'ouïe du côté droit (les objets semblent tourner à droite). Au cours des six derniers mois, la faiblesse et les vertiges s'accusent. Embarras de la parole.

Depuis deux mois, l'acuité visuelle baisse notablement, la céphalalgie s'accentue en se localisant à la région frontale gauche.

A l'examen, le pouls est normal. La percussion de la moitié antérieure droite du crâne est douloureuse. Les branches du trijumeau gauche sont plus faibles à la pression que celles de droite. La pupille droite est plus dilatée que la gauche ; cette dernière réagit faiblement à la lumière, la pupille droite ne réagit pas. Les deux pupilles réagissent promptement à l'accommodation et à la convergence.

Exophtalmie bilatérale. Les mouvements des bulbes oculaires sont ralentis et entravés surtout vers le haut. Nystagmus et diplopie lorsque le regard se porte vers les extrémités droite et gauche. Parésie du facial droit. Gêne des mouvements latéraux de la langue vers la gauche. Le voile palatin est dévié à gauche. Déglutition pénible. Les muscles masseters se contractent faiblement. Exagération du réflexe massétérien. Nerfs occipitaux douloureux à la pression (> à gauche).

Voix lente, monotone, faible.

Parésie de l'extrémité supérieure et inférieure droite.

Exagération du réflexe rotulien.

Le réflexe abdominal et plantaire subsiste.

La malade ne peut se tenir debout qu'en écartant les jambes ; lorsqu'elle ferme les yeux, elle a tendance à tomber à droite. Elle marche en glissant, surtout sur le pied droit. Légère ataxie cérébelleuse.

La sensibilité des muscles de la face est mieux conservée à gauche qu'à droite. Pas d'autres troubles de la sensibilité. L'odorat et le goût persistent.

Vue. Stase pupillaire récente à gauche avec névrite optique. A droite, névrite optique avec atrophie optique incipiente.

Audition. La conduction par la voie osseuse est abrégée à gauche (Schwabach atténué).

Surdité totale à droite avec examen otoscopique normal. Toutes les perceptions sont ralenties. Aprosexie. Légère somnolence. L'intelligence a baissé, mais la mémoire subsiste.

Aux cours des deux derniers mois, on a observé l'absence bilatérale du réflexe cornéen. La paralysie faciale droite a progressé. L'odorat a diminué. Accélération du pouls (100). Atténuation graduelle d'intensité du réflexe rotulien. Atrophie bilatérale du nerf optique. Fièvre intermittente due à l'existence de foyers tuberculeux aux sommets.

A l'autopsie, en dehors d'une tuberculose miliaire des poumons, on remarque à la face inférieure de l'hémisphère cérébelleux droit, une tumeur mollasse de 4 cm. de diamètre. Cette tumeur n'adhère ni au cervelet, ni aux méninges, elle est seulement en contact immédiat avec le nerf acoustique droit.

Pas de diagnostic histo-pathologique.

15. *Cas de Lépine* (1903).

a) Femme de 47 ans, travaillant dans un tissage, fit une fausse

couche à 22 ans, puis souffrit pendant quelque temps de céphalée nocturne qui reparut au bout de 10 ans accompagnée de bourdonnements dans l'oreille gauche. La surdité devint rapidement complète de ce côté, puis une amaurose se développa, plus vite à droite qu'à gauche.

Les douleurs persistèrent, accompagnées de vertiges (la malade tend à choir vers la gauche). Crises épileptiformes.

Paralysie faciale gauche avec troubles de la déglutition. Absence de paralysie des extrémités et de phénomènes sensitifs.

Les réflexes rotuliens sont exagérés bilatéralement. Stase papillaire hémilatérale. L'urine contient des traces d'albumine, mais pas de sucre. Troubles de la mémoire.

Trois jours après l'entrée à l'hôpital, crise épileptiforme, perte transitoire de la conscience. Mort.

A l'autopsie, le cerveau présente des signes de compression évidente, les circonvolutions sont aplaties. Le cervelet est comprimé directement par une tumeur sise à gauche et fixée au rocher. Cette tumeur est d'un volume intermédiaire entre l'œuf de pigeon et l'œuf de poule; elle est de forme ovale et de consistance élastique. Sa situation est extra-cérébelleuse, c'est-à-dire qu'après excision du cervelet, on ne remarque aucune adhérence entre la substance cérébelleuse et la tumeur que l'on peut énucléer et qui demeure seulement adhérente au rocher, au niveau du conduit auditif interne, où se trouve son point d'implantation. La tumeur pénètre dans le conduit auditif interne et fait corps avec le tronc du nerf auditif qu'elle prolonge directement.

L'hémisphère cérébelleux gauche porte une profonde dépression correspondant à la tumeur qui comprime aussi les pédoncules cérébelleux, la protubérance, les pédoncules cérébraux du même côté et légèrement le bulbe. Le conduit auditif interne est dilaté. Le nerf facial très affiné repose sur la face externe de la tumeur.

Examen histologique du cerveau, du cervelet, du bulbe et de la moelle ne révélant aucune altération sérieuse.

Diagnostic histo-pathologique : fibro-sarcome de l'acoustique gauche.

b) Maçon, âgé de 50 ans, sans tares héréditaires ; six ans auparavant, il tomba sur le côté gauche et s'abstint de travailler pendant 17 jours. Depuis 15 mois, le malade se plaint de vertiges ; de plus, une paralysie faciale gauche s'est déclarée avec surdité du même côté. Vives douleurs dans la moitié droite de la tête. Amaurose progressive complète à droite, débutant à gauche.

Paralysie faciale gauche avec ptosis et paralysie du droit externe du même côté. Le réflexe pupillaire à la lumière est normal à droite, mais il n'existe pas à gauche. Stase papillaire bilatérale, plus accusée à gauche. Acuité auditive abaissée à droite, nulle à gauche. L'acuité visuelle de l'œil droit est réduite à environ 1/10e de la normale. La sensibilité du trijumeau et des autres nerfs est conservée. Légère exagération du réflexe rotulien. Phénomène de Romberg. Le

malade est constamment en proie à des vertiges et à une céphalée intense. La déambulation est impossible. Pouls et urine normaux. Mort dans le coma.

A l'autopsie, le cerveau présente des signes de compression. A droite, au niveau du conduit auditif interne, se trouve une tumeur un peu plus grosse qu'un œuf de pigeon, ovoïde et élastique qui offre le même aspect que la tumeur de la précédente observation ; le néoplasme fait également corps avec le tronc de l'acoustique.

Examen histo-pathologique : fibro-sarcome de l'acoustique gauche.

16. *Cas d'Alexander et de L. von Frankl Hochwart* (1904). Clinique de Nothnagel.

Individu de 49 ans. Hérédité négative. En février 1902, on commença à remarquer de l'hésitation dans la marche. Plaie occipitale consécutive à une chute. Lorsque le malade guéri veut se lever, il est pris de vertiges qui cessent quand il est dans la position horizontale. Petit à petit, les douleurs se diffusent à toute la tête, et des bruits d'oreille se manifestent, accompagnés de dureté de l'ouïe. Des vomissements fréquents précèdent l'apparition de la céphalée diffuse et des vertiges. Voix lente.

L'intelligence est en baisse. Voix monotone. Olfaction entravée. Nystagmus lorsque le regard se pose à droite, à gauche et en haut.

Les pupilles (dilatées de 3 mm.) ne réagissent pas à la lumière directe, mais à la convergence. Névrite optique bilatérale. Champ visuel normal.

Une légère stimulation abolit la sensibilité dans les premier et second rameaux du trijumeau. Les limites de la zone anesthésique se trouvent à l'intérieur du territoire anatomique des deux branches de la V^{e} paire.

Abolition totale de la sensibilité douloureuse du premier rameau du trijumeau gauche. Hypoalgésie de la région innervée par la seconde branche du même côté.

Légère hypo-algésie dans la région de la troisième branche du trijumeau. Anesthésie de la moitié de la cavité buccale gauche, y compris la moitié gauche de la langue.

Absence du réflexe conjonctival gauche. Paralysie des muscles masticateurs. Absence de troubles vaso-moteurs et trophiques.

Examen auditif. — Membrane tympanique opaque des deux côtés ; Schwabach atténué ; Weber latéralisé à droite ; Rinne + bilatéralement avec ralentissement de la conduction par voie osseuse plus accentuée à gauche qu'à droite. Atténuation hémilatérale de la conduction aérienne. Léger abaissement de la perception des tons graves. Diminution notable de la perception des tons élevés. La montre n'est pas entendue contre l'apophyse mastoïde.

Conversation perçue à 5 mètres à droite et à 1 mètre à gauche.

Chuchotement perçu à 1 m 5 à droite ; non entendu à gauche.

Le cathétérisme ne procure aucune amélioration à gauche, mais à droite, l'audition se propage jusqu'à 2 m. 1/2.

Parésie du facial gauche avec participation de la moitié correspon-

dante du voile palatin. Le réflexe de la luette fait défaut à gauche. Tendance à la chute du côté gauche. Les réflexes tendineux et périostaux sont plus accentués à gauche qu'à droite. Démarche vacillante.

En dépit des injections de sublimé et de la cure par l'iode, les vertiges augmentèrent et on remarqua de temps à autre de l'incontinence rectale. Les vertiges et la céphalée se prolongèrent. La stase papillaire et la paralysie du voile palatin s'accentuèrent.

La démence progressa. Impossibilité de marcher. Voix nasale obscure avec tendance à la paraphasie. Vomissements fréquents. Chute du pouls de 108 à 78. Incontinence rectale et vésicale. Nystagmus dans toutes les directions. Le malade, loquace au début, devient muet. Son cerveau s'obscurcit.

Au cours des dernières semaines, crises répétées débutant par des spasmes cloniques rapides des muscles du visage suivis de rigidité tonique des muscles de la face et de la nuque. Contractions isolées des extrémités supérieures et inférieures. La crise dure une demi-heure.

Trois jours avant la mort, la température monte de 37°2 à 38°4. Respiration de Cheyne Stokes. Papilles rigides. Absence de réflexe cornéen. Pouls 132. Somnolence profonde. Albumine dans l'urine, 40° de fièvre. Mort.

A l'autopsie, le Dr Landsteiner trouve les circonvolutions cérébrales aplaties. Hydrocéphalie intense. Une tumeur sphérique mesurant 2 centimètres de diamètre se creuse une niche dans la portion antérieure de l'hémisphère cérébelleux gauche (face inférieure) et dans la portion caudale du pont gauche. Elle contracte des adhérences avec l'acoustique et le facial du même côté et envoie un prolongement dans le conduit auditif interne.

Diagnostic histo-pathologique : neurofibrome du nerf acoustique gauche.

Examen microscopique du labyrinthe. Atrophie dégénérative du nerf cochléaire et du ganglion spiral. Atrophie de l'organe de Corti et de la strie vasculaire[1].

C. — Neurofibromatose centrale avec participation de l'acoustique.

1. *Cas de Sternberg* (observation V).

Malade de 19 ans, soigné dans le service du Dr Bamberger pour

1. N'ayant pu lire ni dans l'original ni dans des résumés suffisamment détaillés, certaines observations de neuromes de l'acoustique dues à Fraenkel, Hunt, Woolsey et Elsberg et publiées dans un travail inséré en 1904 dans les *Annals of Surgery*, je préfère m'abstenir d'en parler. Deux de ces cas, nous auraient fort intéressé, puisque l'on pratiqua des opérations suivies, il est vrai, de mort.

Quant au cas de Panse (gliome de l'acoustique), le résumé que j'en ai trouvé est tellement insuffisant que j'ignore s'il s'agit d'une observation clinique ou d'une trouvaille d'autopsie.

Mon maître, le prof. Parlavecchio, a bien voulu me fournir quelques données relatives au mode opératoire employé par Krause.

une chute faite l'année précédente du haut d'une échelle qui occasionna une paralysie faciale et l'affaiblissement de l'audition à gauche.

A droite, la montre est perçue contre le pavillon.

Le sillon naso-labial est plus prononcé à gauche qu'à droite. L'angle buccal gauche est tiré de ce côté. La sensibilité persiste.

Ultérieurement surviennent des vomissements, des troubles de la sensibilité, la parésie des extrémités supérieures et inférieures; les mouvements des bulbes oculaires sont limités ; l'acuité auditive a diminué. La langue est déviée à droite. Finalement, troubles de la déglutition.

A l'autopsie, on découvre dans le pôle antérieur des hémisphères cérébelleux, deux tumeurs : celle de droite a la dimension d'une petite pomme, celle de gauche est grosse comme une prune. Les deux tumeurs sont de forme irrégulière, lisses et adhérentes à la dure-mère de la face postérieure du rocher du temporal. Un mince prolongement de la tumeur droite s'insinue dans le conduit auditif interne correspondant. Le pont est comprimé bilatéralement, mais surtout à droite. Sur le côté droit de la moelle épinière on voit une autre tumeur, du volume d'une cerise qui paraît, adhérer à la dure-mère.

Le facial et l'acoustique sont fortement aplatis. L'oculo-moteur droit et le trochléaire gauche sont le siège de plusieurs gonflements néoplasiques, de même qu'un nerf de la *cauda equina*.

Diagnostic histo-pathologique : fibrosarcome

2. *Cas de Henneberg et Koch* (1902).

a) Jeune homme de 17 ans atteint en 1898 de faiblesse des membres avec troubles du langage et de la déglutition. Vertiges, vomissements, névrite optique, démence.

Mai 1899. Bruits dans l'oreille droite. Parésie bilatérale de l'abducteur.

Août 1899. La dureté de l'ouïe s'accroît bilatéralement. Parésie du facial gauche.

Décembre 1899. La parole est indistincte.

Janvier 1900. Impossibilité de marcher ni de se tenir debout.

Mars 1900. Surdité bilatérale.

Mai 1900. Ptosis.

Novembre 1900. Dyspnée. Mort.

A l'autopsie, à côté de neurofibromes multiples de la peau et des racines antérieures et postérieures de la moelle épinière, on remarque une tumeur bilatérale dans l'angle ponto-cérébelleux qui fait corps avec la VII^{e} et la VIII^{e} paire de nerfs crâniens.

Diagnostic histo-pathologique : neurofibrome de l'acoustique.

b) Malade de 23 ans qui commença à souffrir à l'âge de 15 ans, de maux de tête, de vomissements, de bruits auriculaires et d'un affaiblissement visuel. Amélioration jusqu'à l'âge de 21 ans, puis aggravation.

En mai 1899, cécité, surdité, parésie du facial gauche. Mort en juin 1900.

A l'autopsie, tumeur bilatérale de l'acoustique. Tumeurs dans le ventricule latéral droit, sur la moelle épinière, etc.

Diagnostic histo-pathologique : neurofibrome de l'acoustique.

3. *Cas de Fraenkel-Hunt.* (Observation IV), 1904.

Femme de 42 ans, sourde depuis 15 ans. Au début, mal de tête et vertiges, ensuite ataxie, inégalité pupillaire, parésie de l'abducteur droit; paralysie faciale gauche, stase papillaire ; surdité bilatérale ; hémiplégie croisée ; exagération des réflexes des extrémités inférieure gauche et supérieure droite.

A l'autopsie : tumeurs bilatérales de l'acoustique. Le trijumeau et l'abducteur sont comprimés à droite. L'abducteur présente un petit gonflement de la dimension d'un pois chiche.

Impossibilité de trouver l'oculomoteur et le trochléaire. A gauche, l'abducteur, le tronc acoustico-facial, le glosso-pharyngien et le vague présentent des gonflements multiples.

Diagnostic histo-pathologique : neuro-fibrome.

4. *Cas d'Hulst* (1904).

Jeune femme de 19 ans sujette à la céphalée gauche, surtout le matin. L'acuité visuelle et auditive est affaiblie, particulièrement à gauche. Bruits. Vertiges. Pas de vomissements.

Démarche hésitante, l'audition et la vision s'affaiblissent progressivement. Paralysie faciale.

En février 1901, on pratique l'examen ophtalmoscopique. Les mouvements du globe oculaire gauche sont limités. Nystagmus horizontal. Pupilles égales, modérément dilatées, réagissant à la convergence et à la lumière. Stase papillaire. Vision 6/60. Les mouvements du globe oculaire droit s'effectuent dans toutes les directions Stase papillaire. Vision 2/300. Le corps est normalement développé. Intelligence déficiente. La peau n'est pas normalement pigmentée.

Examen auditif. La montre n'est pas perçue à gauche ; à droite, on l'entend à la distance d'un centimètre. Troubles probables de l'odorat.

La moitié gauche de la pointe de la langue ne distingue aucune saveur, tandis que la partie droite se comporte normalement.

Parésie de toutes les branches du facial gauche.

Point douloureux au vertex, à gauche de la ligne médiane.

Le réflexe tricipital est atténué des deux côtés. Le réflexe patellaire est plus marqué à gauche qu'à droite. On ne peut provoquer le réflexe du tendon d'Achille, non plus que le clonus du pied.

La sensibilité est légèrement altérée. Pouls 90. Respiration 16.

La malade est tantôt déprimée, tantôt vivace.

En mars 1901, violentes crises de céphalée. Début des vomissements. En avril, amygdalite avec température élevée. L'audition et la vision s'affaiblissent. Vision 1/60. Pouls 80-112.

Après être restée 18 mois chez elle, la malade revient à l'hôpital complètement sourde et aveugle.

La parole est embarrassée. Impossibilité de se tenir debout. Pouls petit (100). La paralysie faciale et les autres manifestations persistent.

En dernier lieu, les troubles psychiques s'accusent, (la malade devient très excitable). Incontinence urinaire et aloïne, mais une seule fois. Perte de connaissance. Pendant la dernière semaine, la température qui est le matin de 37,8 à 38°, atteint le soir de 38,4 à 40°5. Pouls 100-142.

A l'autopsie, on découvre à la base du cerveau, près du pont, tant à droite qu'à gauche, une tumeur qui envahit le rocher, surtout à gauche et que l'on peut extraire sans lacération. A gauche le rocher est perforé et la tumeur a le volume d'une petite orange, tandis que celle de droite est grosse comme une noisette. Le pont et les parties adjacentes (moelle épinière, olive de gauche, crura cerebelli ad pontem, lobe cérébelleux flocculi) sont plus ou moins comprimés. Nerfs optiques affinés.

Tumeur de la dimension d'un grain de mil dans le nerf oculo-moteur gauche. Tumeur de la même dimension dans la portion médiane du trijumeau droit. Trijumeau gauche fortement aplati. L'abducteur est normal bilatéralement.

Les nerfs facial et acoustique des deux côtés disparaissent dans la tumeur.

Les nerfs glosso-pharyngien et vague droits présentent plusieurs petites tumeurs. Rien à gauche. Petites tumeurs sur le nerf accessoire droit. L'hypoglosse est seulement détendu. Tumeurs des racines spinales sur plusieurs points de la moelle. Tumeur du *gyrus frontalis* supérieur.

Diagnostic histo-pathologique : neuro-fibrome[1]. (*A suivre.*)

1. Pour abréger, je ne rapporterai pas les observations ni les examens des cas de tumeurs originaires du voisinage du conduit auditif interne et de l'acoustique, et parfois mobiles ou parfois fixes. Ces cas ont été décrits par Virchow (Psammoma de la dure-mère du porus acusticus internus), par Urbantschitsch (tumeur issue du névrilème du trijumeau), par Gradenigo (tumeur cholestéatiforme de la partie antérieure de la fosse occipitale gauche), par Jansen (sarcome de la pie-mère correspondant à la face postérieure du rocher), par Mingazzini (endothéliome de la dure-mère du porus acusticus internus), par Field (sarcome de la dure-mère de la face postérieure du rocher), par Vermyne (myxofibrome de la base du crâne avec invasion labyrinthique), par Burkhardt-Mérian (fibrosarcome de la dure-mère de la fosse jugulaire), par Donault (sarcome), par Politzer, (sarcome de la dure-mère) ; par Fraenkel et Hunt (observation III : gliosarcome originaire du trijumeau droit ?), etc. C'est très probablement à cette catégorie que ressortissent les cas dus à Boettcher, Moos et Gomperz, quoique ces auteurs les aient considérés comme de véritables tumeurs de l'acoustique.

Ainsi que je l'ai dit dans l'introduction, ces tumeurs, vu la compression subie par l'acoustique, peuvent évoluer comme de véritables tumeur, de l'acoustique, mais elles ne peuvent être confondues avec elles au point de vue anatomo-pathologique, c'est pourquoi je n'ai pas cru devoir les mentionner.

III

LA POSITION DU MALADE APRÈS LES OPÉRATIONS SUR L'OREILLE

Par **Dan MACKENZIE** (de Londres),
Chirurgien assistant à l'hôpital central des maladies de la gorge et de l'oreille.
[Traduction par KERAUDREN, de Saint-Brieuc.]

Il est à constater qu'alors qu'on s'est occupé ces derniers temps en chirurgie générale de la position à donner aux malades après les opérations chirurgicales, on ne s'est jamais inquiété d'étudier quelle serait la meilleure position à faire garder au patient après les opérations sur la mastoïde, etc. et si une position est meilleure qu'une autre pour aider à la rapidité de la cicatrisation.

Il est reconnu depuis longtemps comme un principe chirurgical de première importance que le malade doit être placé dans l'attitude qui favorise le drainage de la plaie. C'est par application de ce principe que depuis quelques années on a adopté la position de Fowler dans le traitement de la péritonite aiguë et qu'on élève la tête du lit quand, après l'accouchement, on constate une élévation de température. Mais il semble qu'en chirurgie auriculaire on n'ait pas attaché assez d'importance à ce principe. C'est sûrement là un oubli involontaire de la part des spécialistes, car tous les opérateurs ont pu constater que la position la plus convenable à faire prendre par le malade après toutes les opérations sur l'oreille est la position sur le côté malade; cette position est la seule, en effet, qui permette au sang, à la sérosité et au pus de s'écouler facilement de la plaie. Si nous laissons le malade choisir lui-même la position dans laquelle il veut se mettre, il évitera naturellement de se coucher sur le côté malade et se placera de suite sur le côté sain pour éviter toute compression de la plaie.

Dans cette attitude, la large excavation tympano-antro-mastoïdienne que nous venons d'évider ressemble pas mal à ces anciennes carafes ventrues ayant leur goulot rétréci à la partie tout à fait supérieure. Il est évident que cette sorte de bouteille ne peut pas se vider à moins qu'on ne la renverse et pour cela il faut que le patient se couche sur le côté malade. Cette comparaison avec une bouteille n'est pas tout à fait exacte, car la trompe d'Eustache forme un canal de décharge quand le malade

est couché sur le côté sain, surtout si la tête est à moitié retournée. Mais s'il est couché sur le dos, la trompe d'Eustache qui aboutit à la partie la plus élevée de la cavité ne pourra plus drainer du tout et les liquides s'accumuleront à la partie postérieure de cette cavité osseuse irrégulière jusqu'à ce qu'ils aient atteint le niveau du méat pour alors s'écouler à l'extérieur. De plus la trompe d'Eustache, alors même qu'elle occupe la position la plus favorable pour le drainage, ne se comporte comme un tuyau d'écoulement que si son calibre est tout à fait normal. Lorsque ses parois sont gonflées comme cela doit arriver après qu'on a cureté l'orifice de la trompe ou quand sa lumière est obstruée par des granulations, les liquides ne peuvent pas naturellement s'écouler par ce canal et s'accumulent dans la cavité auriculaire. En outre, si la sécrétion fournie par la plaie opératoire est épaisse et visqueuse, elle ne pourra pas s'écouler facilement par ce tube étroit que forme la trompe, et dans ce cas encore elle s'amassera dans la cavité jusqu'au moment où elle atteindra le niveau du méat. Il en résulte qu'il est bien rare que la trompe d'Eustache se comporte comme un drain ; il ne faut donc pas trop compter sur ce moyen de drainage, et la seule solution est de faire coucher le malade, nuit et jour, sur le côté malade.

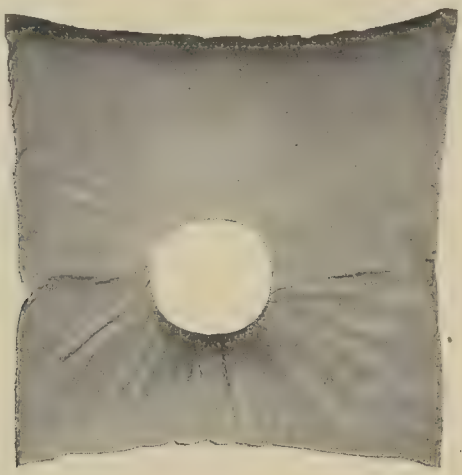
Il n'est pas douteux que la cavité mastoïde, peu ou pas drainée, fournira une vraie chambre à incubation, de même que son contenu sanguinolent et séreux fera un milieu de culture idéal pour les bactéries de toutes sortes.

L'emploi de mèches de gaze s'opposera dans une certaine mesure à l'accumulation des liquides dans les cavités mastoïdiennes, mais il y aura toujours néanmoins plus ou moins de rétention et une asepsie parfaite ne sera pas possible. De plus, cette mèche ne peut plus drainer quand elle est complètement imbibée, car le bout de la mèche qui se trouve à l'extérieur se dessèche et se recouvre de croûtes, et le drainage capillaire ne peut plus se faire. C'est ce qui arrive quand on ne touche pas à la mèche pendant plusieurs jours, comme on le fait souvent et dans ces cas, rien qu'à l'odeur, on se rend compte que cette rétention amène de la décomposition des liquides.

Une seule difficulté se présente quand on veut faire coucher le patient sur le côté malade, mais on peut facilement la vaincre. Le patient évite naturellement de se coucher sur la côté sensible et si on lui dit de le faire, alors même qu'il ne demande qu'à se conformer à nos conseils, il se remettra involontairement sur le dos dès qu'il s'endormira, ou, s'il n'est pas soigneux,

il le fera dès que le médecin ne sera plus là. Pour empêcher mes malades de se coucher sur le côté opéré, j'ai eu simplement recours au coussin perforé qui est représenté ici. Avant d'avoir imaginé ce coussin, j'avais essayé un coussin rond élastique, mais j'ai dû y renoncer, car les malades le trouvaient plus incommode que l'oreiller ordinaire.

Les dimensions du coussin que j'emploie en général sont les suivantes :



Il a 41 cm. 25 de chaque côté.

La dimension de la perforation est de 13 cm. sur 14 cm. 3, et cette partie perforée se trouve à 10 cm. du bord antérieur du coussin, 15 cm. 7 du bord postérieur, 15 cm. du bord supérieur et 11 cm. 25 du bord inférieur.

On remarquera que cette perforation est excentrique.

C'est pour permettre au malade de placer le coussin à sa convenance. Lorsque ce sera possible, cependant, le malade devra avoir la tête à moitié tournée de manière à ce que la partie postéro-supérieure de la cavité mastoïdienne se trouve à la partie la plus élevée de la perforation.

Le coussin peut être rempli de plumes ou de crins. Je préfère ces derniers, mais si le coussin en est trop bourré, il sera trop dur et le malade refusera de s'en servir; enfin le coussin sera recouvert de mackintosh.

Je garde mes malades continuellement couchés sur le côté malade tant qu'ils sont au lit, et quand ils commencent à se lever, je les engage à continuer à employer ce coussin pendant

la nuit, jusqu'à cicatrisation de la plaie rétro-auriculaire, et alors le coussin n'est plus nécessaire. Ils doivent cependant conserver la même position au lit jusqu'à guérison complète de la cavité osseuse.

Il est intéressant de constater les résultats obtenus en faisant coucher les opérés de mastoïdite sur le côté malade. Il est de règle en chirurgie aseptique qu'on doit éviter les pansements trop répétés, et c'est pour la même raison que les auteurs conseillent, après une opération sur la mastoïde, de ne pas changer le pansement tant que le bout de la mèche qui est à l'extérieur n'est pas imbibé légèrement par les humeurs de la plaie, à moins qu'il n'apparaisse des symptômes d'inflammation du côté de la plaie. Or, dans les cas ordinaires, lorsqu'on laisse le malade se coucher sur le côté qu'il préfère, on a l'habitude de ne faire le premier pansement qu'après trois ou quatre jours. Mais si l'on garde l'opéré couché sur le côté malade, on verra que ce pansement qui draine les liquides de la plaie doit être changé au moins une fois par jour et même quelquefois plus souvent, car il sera complètement imbibé. Ce fait, à lui seul, prouve l'importance pour un bon drainage de cette position sur le côté opéré.

Cette question de position à faire prendre au malade mise à part, on ne doit pas traiter les plaies de la région mastoïdienne comme on traite les plaies obtenues en chirurgie générale par une incision franche à travers les tissus normaux. Celles-ci étant entièrement suturées et recouvertes plus ou moins avec des pansements aseptiques. Dans une opération de cure radicale mastoïdienne, il y a en effet deux surfaces opératoires à considérer, l'une est constituée par une plaie nette dans des tissus sains et peut être suturée sans inconvénients si au cours de l'opération on a veillé à ce qu'elle ne fût pas souillée par les matières septiques provenant de la caisse ou de l'antre, mais la large excavation formée par l'évidement de la mastoïde ne peut pas être refermée. Elle constitue une surface opératoire ouverte de laquelle s'écoulent des sérosités, alors même qu'elle est complètement saine.

On doit par suite veiller à ce que ces sérosités se drainent le plus possible, et ce drainage ne peut être obtenu qu'en gardant l'opéré couché sur le côté malade. A plus forte raison lorsque la plaie devient septique.

En pratique, il vaut mieux autoriser le malade à se coucher sur l'autre côté jusqu'à ce que les effets du chloroforme se soient dissipés pour empêcher que le pansement ne soit souillé par les

vomissements, mais on peut encore empêcher cet accident en recouvrant le pansement d'une feuille de gutta-percha laminée.

Il est évident que si cette position sur le côté opéré est avantageuse au point de vue du drainage après une mastoïdite ordinaire, elle le sera aussi non seulement après toutes les opérations sur l'oreille, mais encore après les opérations pour thrombose du sinus, abcès cérébral ou cérébelleux, et tout particulièrement quand, dans les cas de méningite, on a ouvert les méninges pour drainer. Enfin on pourra aussi recommander à tous les malades atteints de suppurations de l'oreille de rester couchés sur le côté malade pour faciliter la sortie du pus.

Il est assez curieux que dans la littérature otologique, il ne soit pas du tout fait mention des avantages réalisés par la position sur le côté malade après les opérations sur la mastoïde. Le fait que la plupart des auteurs conseillent de ne changer le premier pansement qu'après quatre ou six jours permet d'en déduire qu'en général les chirurgiens autorisent leurs opérés à se coucher comme il leur plaît. Et si, comme c'est probable, la méthode que je préconise est déjà adoptée par plusieurs spécialistes, l'évidence de son importance justifie la publication de cet article.

IV

LE DIAGNOSTIC CLINIQUE DE LA TUBERCULOSE DES AMYGDALES

Suivi de quelques remarques sur le diagnostic microscopique

Par

Lec W. HURD, et **Jonathan WRIGHT**,

(de New-York).

[Traduction par Labouré, d'Amiens.]

Les rapports physiologiques entre les amygdales palatines et les ganglions lymphatiques situés à l'angle de la mâchoire, en avant du muscle sterno-cleïdo-mastoïdien ont été mis en évidence par de nombreux auteurs. Quand ces ganglions cervicaux sont envahis, il y a toujours lésion évidente de l'amygdale correspondante. Cette inflammation ganglionnaire est due à une absorption septique ou bacillaire. Je crois personnellement que dans tous ces cas de réaction ganglionnaire, il y a d'abord résorption septique et ensuite affaiblissement de la résistance amygdalienne de telle sorte que l'on peut aisément trouver le bacille tuberculeux qui élit domicile et bientôt envahit les lymphatiques du cou. Je crois aussi que parfois il s'installe sans laisser grande trace de son passage sur l'amygdale atteinte. Ceci n'a pas été démontré par les faits, mais les faits analogues qui suivent tendent à établir qu'il doit en être ainsi.

L'expérience de Wood consiste à frotter des bacilles tuberculeux sur une amygdale de porc et plus tard on trouve dans les ganglions lymphatiques des lésions tuberculeuses, mais non pas dans l'amygdale.

Les expériences de Calmette et Guérin sur les chèvres prouvent que les bacilles tuberculeux peuvent passer à travers les parois intestinales sans laisser de traces, et même, à travers les ganglions lymphatiques du mésentère pour se révéler seulement aux sommets pulmonaires.

Le diagnostic clinique de la tuberculose primitive de l'amygdale a été fait dans ces cas sélectionnés, sur l'état des ganglions qui drainent l'amygdale, aussi bien que d'après l'état de l'amygdale elle-même.

Les amygdales palatines peuvent être divisées en deux classes au point de vue clinique. La première comprend celles qui sont hypertrophiées, plus ou moins pédiculées et la plus grande partie de l'amygdale pendant librement dans le pharynx. Ce sont aussi ces amygdales qui causent le moindre mal à l'organisme. En vérité, elles gênent la respiration jusqu'à un certain point, mais les enfants qui sont porteurs de cette sorte d'amygdales sont en général bien portants et robustes. Il semble que plus l'amyg-

dale est grosse et libre, plus elle résiste à l'invasion des microorganismes, aussi est-il exceptionnel de trouver, dans ces cas, un grand envahissement des ganglions lymphatiques.

La seconde classe comprend ces amygdales qui sont plus ou moins cachées sous les piliers et qui sont exposées aux inflammations chroniques, plutôt qu'aux inflammations aiguës, quoiqu'elles puissent avoir les exacerbations aiguës de l'état chronique. Cette classe est responsable de plus de maladies. Ces amygdales quand elles sont malades retentissent régulièrement sur les ganglions de la chaîne cervicale profonde. Les enfants qui en sont porteurs ne sont pas robustes, mais sont plutôt anémiques et languissants, et c'est chez ces malades que nous trouvons le terrain le plus propice à l'invasion tuberculeuse de l'amygdale, primitivement, puis secondairement des ganglions cervicaux.

A l'occasion d'un examen, ces amygdales enchâtonnées apparaissent petites et insignifiantes, parce que, entre les piliers, pour leur plus grande partie, elles se développent en haut, quelquefois d'un demi-pouce au-dessus de leur plus haute partie visible. C'est dans cette portion enfouie que la tuberculose est d'habitude la plus évidente, rigoureusement au contact de la capsule amygdalienne. Le Dr Wright a examiné soixante amygdales au point de vue tuberculeux, toutes les fois qu'on a jugé nécessaire d'enlever seulement la partie postérieure. Il n'a pas trouvé une seule fois la tuberculose (5, 6) ; ceci semble prouver deux choses : la première que l'amygdale saillante est rarement attaquée par la tuberculose ; la seconde que si elle est attaquée, la lésion siège presque toujours juste sous la capsule à l'orifice des cryptes amygdaliennes.

L'amygdale dans laquelle nous trouvons une tuberculose évidente est d'ordinaire pâle, les cryptes contiennent des détritus caséeux ; le bord du pilier antérieur peut avoir une hyperhémie passive et le ganglion lymphatique correspondant est d'ordinaire très envahi et très dur. De ce premier relai, la lésion peut progresser jusqu'à envahir un certain nombre de ganglions. La question suivante m'a été posée : si la tuberculose a envahi les lymphatiques cervicaux[1], pourquoi enlever l'amygdale ? Il y a pour cela deux très bonnes raisons.

D'abord une telle amygdale permet aux microorganismes de prendre la même route que le bacille tuberculeux et je crois que ceci augmente encore pour les lymphatiques la difficulté de triompher du bacille tuberculeux, alors qu'il a toutes

1. Un ganglion hypertrophié n'est pas nécessairement tuberculeux.

chances d'y arriver, lorsque l'amygdale est supprimée. Ce qui le prouve aisément, c'est ce fait que, après ablation de l'amygdale, les ganglions lymphatiques commencent à régresser, et s'ils ont seulement réagi à la résorption de produits septiques, ils disparaissent entièrement ; et dans l'adénite tuberculeuse, il y aura une rapide diminution du volume des ganglions dans une certaine mesure, ce qui, à mon avis, correspond au drainage par les ganglions de l'amygdale malade habituellement. Aussi, quand les ganglions cervicaux tuberculeux sont enlevés, l'amygdale qui reste est capable de réinfecter les autres ganglions, comme dans le cas n° 2. Les ganglions les plus fréquemment atteints sont ceux de l'angle de la mâchoire et on reconnaît que l'amygdale est la porte d'entrée à ce que sa prompte ablation fait avorter bien des cas et surtout écarte les lésions tuberculeuses.

Je voudrais insister ici suffisamment pour établir que l'amygdale doit être enlevée en totalité pour que soit supprimée la partie tuberculeuse, et pour montrer d'autre part que le moignon d'une amygdale partiellement enlevée est capable de se tuberculiser, tout aussi bien qu'une amygdale enchâtonnée dès l'origine. Ceci est dû probablement à la cicatrice fibreuse qui touche les cryptes.

Toutes les amygdales dont il est question dans cet article sont de la variété enchâtonnée. De mes observations je voudrais conclure que l'inflammation — aussi bien septique que tuberculeuse — des ganglions lymphatiques qui drainent l'amygdale, va presque toujours de pair avec les amygdales enchâtonnées. Les amygdales enlevées dans les cas de réaction ganglionnaire légère ont montré d'habitude sous le microscope des lésions chroniques, mais dans un cas, l'amygdale était « typiquement » tuberculeuse.

Les amygdales, dans vingt cas où les ganglions furent considérés comme cliniquement tuberculeux ou à la veille de l'être, furent diagnostiquées sous le microscope dans huit cas et ne le furent pas dans onze.

Je ne puis — et ce travail n'est pas destiné à cela — montrer le pourcentage d'amygdales tuberculeuses par rapport au nombre total de celles enlevées dans la même période. Tous ces cas ont été choisis parmi les lésions tuberculeuses et inflammatoires chroniques de signes de l'amygdale en vue et sans autres signes de tuberculose en dehors de la gorge et du cou.

Observation I. — J. H., homme âgé de 25 ans. 29 juin 1908.

Plusieurs dents cariées. Grosses amygdales enchâtonnées avec des ganglions hypertrophiés durs à l'angle de la mâchoire. La lésion est considérée cliniquement comme tuberculeuse. Pas d'autres traces de tuberculose.

Examen microscopique. — Cette amygdale représente bien à la coupe la figure que j'appelle « suspecte » de tuberculose. Sur une des trois coupes, on voit des zones granuleuses où la prolifération des cellules rondes est en train de former des granulations et prend mal les colorants ; à côté, on voit des noyaux de tissu fibreux ; une autre coupe montre ces lésions à un degré plus accentué, avec addition de cellules épithéliales et la proximité de noyaux fibreux ; une troisième coupe montre tout ceci, plus deux cellules géantes trop imparfaite dans ces zones. Aussi dirai-je que cet aspect est une forte présomption en faveur de la nature tuberculeuse, mais ne comporte pas une certitude absolue. Dans ce cas, il résulte de l'histoire clinique et de l'examen objectif, qu'il persiste un léger doute sur la nature tuberculeuse des ganglions du cou. Plus tard, on examina dix autres coupes. Dans la plupart d'entre elles on voyait la même surface bien accusée de granulations tuberculeuses à cellules épithélioïdes et sur l'une on voyait une belle cellule géante bien dessinée.

Diagnostic : Tuberculose de l'amygdale.

Je profite de l'exposé de ce cas qui me fournit l'occasion de faire des remarques sur le diagnostic microscopique du tubercule qui a si souvent formé la substance de nos discussions au cours du travail qui vous est présenté. Comme vous savez, on a exprimé quelques critiques à l'égard de ma répugnance à affirmer d'une manière absolue la nature bacillaire de lésions d'une amygdale donnée soumise à mon examen.

Sans doute, il est de règle de faire un rapport négatif sur un spécimen de crachats et de rester sur la réserve en disant qu'on ne trouve pas de bacilles tuberculeux. Les restrictions de cet avis négatif sont bien comprises, mais quand s'affirme la non-évidence d'un tubercule trouvé par moi dans le tissu amygdalien, on ne saisit pas bien mon attitude réservée. Je me propose dans ces considérations de montrer combien ce but est peu désirable, d'après moi, et qu'on ne peut éviter de rester dans le doute comme j'ai l'habitude de le faire, ce qui est d'ailleurs fort embarrassant quand il s'agit de communiquer aux amis du malade le résultat de l'examen microscopique. Celui-ci, soit dit en passant, semble aux esprits ignorants un autel mystérieux dont on attend des oracles infaillibles qui ne s'adaptent pas aux termes scientifiques.

A présent, il y a toujours dans mon esprit une très grande part de doute dans la négation de l'existence de tubercules dans l'amygdale, qui ne se retrouve pas dans le diagnostic de bacilles dans les crachats. Chez moi se développe cette conviction que la toxine tuberculeuse qui cause les lésions du protoplasme peut donner naissance à d'autres altérations que celles jugées néces-

Cas dans lesquels les amygdales étaient considérées comme chroniquement enflammées mais non tuberculeuses.

N°	AGE	SEXE	ÉTAT DE L'AMYGDALE	ÉTAT DU COU	DÉCOUVERTES MICROSCOPIQUES
1	23	F	Enchâtonnée.	Ganglions légèrement hypertrophiés et mous.	Aucune lésion. —
2	12	M	Idem.	Idem.	Idem. —
3	6	M	Idem.	Idem.	Inflammation chronique. —
4	6	M	Idem.	Idem.	Idem. —
5	6	M	Idem.	Idem.	Idem. —
6	7	M	Idem.	Idem.	Quelques zones de nécrose. —
7	14	F	Idem.	Idem.	Actinomycosique ressemblant à des masses cryptiques. —
8	6	M	Idem.	Idem.	Inflammation chronique. —
9	6	M	Idem.	Idem.	Régression des lésions. —
10	13	M	Enchâtonnée, grosse.	Idem.	Tubercules typiques. —
11	5	F	Enchâtonnée.	Idem.	Inflammation chronique. +
12	8	F	Moignons enchâtonnés.	Idem.	Idem. —
13	6	M	Enchâtonnée.	Idem.	Hypertrophie simple.

Cas d'amygdales considérées cliniquement tuberculeuses.

N°	AGE	SEXE	CATÉGORIE D'AMYGDALES	ÉTATS DES GANGLIONS CERVICAUX	DÉCOUVERTES microscopiques	72 °/₀ tuberculeuses
1	25	M	Enchâtonnée, grosse.	Environ 3 gros ganglions durs depuis plusieurs mois.	Tuberculeuse	+
2	19	F	Enchâtonnée, grosse, moignon.	A subi 11 opérations pour ganglions tuberculeux.	Idem	+
3	22	F	Enchâtonnée.	Abcès tuberculeux de l'angle de la mâchoire, ouvert après ablation de l'amygdale.	Idem	+
4	27	F	Enchâtonnée, fibreuse, petite.	Les ganglions de l'angle de la mâchoire sont enflammés depuis 2 ans et demi. Périadénite aiguë.	Tuberculose non confirmée, quoique douteuse.	—
5	12	F	Enchâtonnée.	Ganglions envahis à l'angle de la mâchoire.	Idem	—
6	4	F	Enchâtonnée	Idem.	Tuberculose	+
7	8	F	Enchâtonnée, petite, matière caséeuse abondante.	1 ganglion hypertrophié dur.	Idem	+
8	8	F	Enchâtonnée, petite.	Ganglion enlevé depuis plus de 3 mois. A présent plusieurs ganglions soudés ensemble.	Idem	+
9	3	F	Enchâtonnée, volume moyen.	Ganglions légèrement hypertrophiés.	Idem	+
10	8	M	Enchâtonnée, moignon.	Idem	Idem	+
11	7	M	Enchâtonnée.	Petite chaine de ganglions.	Non tuberculeuse	—

Notez la proportion élevée de femmes : 72 pour cent.

saires pour caractériser le tubercule par le microscope. Ces zones de nécrose sont souvent présentes dans l'amygdale, et les recherches les plus soigneuses n'arrivent pas à montrer qu'elles sont au contact d'autres zones contenant des cellules géantes et épithélioïdes. Maintenant, dans ce tubercule bien qualifié comme celui-ci, la plupart des zones de nécrose ne contiennent pas ces caractères accessoires. Quand ces zones existent côte à côte, l'une contenant des cellules géantes et épithélioïdes et des traces de tissu conjonctif absent dans les autres, nous n'hésitons pas à inscrire toutes ces lésions à l'actif du bacille. Je n'hésite pas à croire que de telles zones de protoplasme simplement nécrosé peut être la seule preuve de la nature tuberculeuse de la lésion, mais je me hâte d'ajouter qu'elles peuvent avoir une autre origine.

Ceci, je crois, c'est l'ombre du doute, ce sont les mensonges qui servent de base aux différences d'opinion eu égard à la fréquence des tuberculoses latentes de l'amygdale. Je suis convaincu que si chaque amygdale enlevée dans notre hôpital était examinée au microscope (leur nombre à coup sûr, se chiffrerait par milliers chaque année) et si on fondait la preuve de l'existence de la tuberculose seulement sur la présence de tubercule typique décrit dans les manuels; la proportion de 5 à 10 % me paraîtrait exagérée.

D'un autre côté, si nous acceptons chaque zone de nécrose granuleuse circonscrite comme un tubercule provoqué par l'action du bacille, sans nul doute, la proportion s'élèverait beaucoup au-dessus de ces chiffres.

Tandis que nous envisageons cette face de notre sujet, je ferai aussi remarquer combien le mot « latent », quand il s'agit de tuberculose de l'amygdale est trompeur, bien que très fréquemment employé. J'admets le terme de « tuberculose latente » des amygdales pris dans son sens original, signifiant une tuberculose locale, sans manifestation clinique précise de tuberculose dans la même région ni ailleurs. Cette interprétation rigoureuse du mot « latent » entraîne la diminution du nombre de cas observés sous le microscope, en tant que s'augmente la finesse de diagnostic chez le clinicien. Bien des cas parmi ceux que nous avons observés s'offrent à présent à vos yeux « entraînés » avec le caractère évident de tuberculose que le microscope seul, il y a quelques années aurait qualifié de « latente ». Qu'en advient-il de notre définition alors? Nous comptons les tuberculeux qui ont des tubercules de l'amygdale, mais vous soupçonnez ou tentez de diagnostiquer des foyers tuberculeux dans les amygdales,

parce que vous avez suivi les exposés que nous vous présentons et que vous êtes à même d'apprécier des ombres de phénomènes cliniques qu'il y a quelques années vous n'auriez pu discerner. Ceci constitue la faiblesse fondamentale de toutes les statistiques, mais nulle part elle n'éclate avec autant d'évidence que dans la tuberculose. L'importance des arguments statistiques pâlit devant ces entretiens nourris de semblables considérations.

Ici, la confusion dans les expressions relatives à la fréquence des tuberculoses latentes dépend de la valeur qui doit être attribuée à des termes mal définis par des observateurs possédant à des degrés divers l'acuité du diagnostic. Ce qui est « patent » pour vous est « latent » pour d'autres ; ce qui est « tubercule » pour moi n'est pas « tubercule » pour d'autres. Toutes ces différences fondamentales d'opinion et de caractère sont laissées de côté dans la discussion des statistiques. Je pense qu'il sera bon de leur donner toute l'ampleur que nous pouvons.

Revenons de cette digression tout à fait excusable au sujet de la « granulation tuberculeuse ». Comme je l'ai dit, je reconnais que toutes les zones altérées que je vois dans l'amygdale ne sont pas tuberculeuses. Quelques-unes, je crois, doivent être dues à l'autolyse, avec transformation du protoplasma en graisse ou substitution de la graisse au protoplasma détruit, transformation faisant partie du processus de guérison de l'amygdale, accommodements entièrement physiologiques de l'organisme [1]. Il est possible que certaines de ces granulations soient dues à la syphilis, quoique j'incline à penser que c'est très rare. Quand elle est en cause, la lésion est habituellement superficielle.

Ces effets différents des ferments cytolytiques — dus à la bactériolysine du tubercule et à l'autolysine — sont communément attribués aux efforts de l'organisme pour réparer le dommage dans ce dernier cas, c'est-à-dire par la production de cellules épithélioïdes et de tissu conjonctif à l'intérieur et autour de cette zone de nécrose. Mais j'ignore la raison pour laquelle l'organisme se défendrait toujours ainsi. Il est possible que le bacille tuberculeux en passant des lymphatiques superficiels aux plus profonds du cou, laisse des traces atténuées derrière lui, à cause de son court séjour. L'amygdale, il n'y a pas de doute, est la porte d'entrée d'une grande quantité d'infec-

1. Pour éviter la répétition de ce que vous avez pu trouver imprimé ailleurs, je vous rappelle les faits sur lesquels cette opinion était fondée à l'origine, en remarquant que l'observation suivante n'a fait que les confirmer : Le tissu graisseux, dans les amygdales (*N. Y. Med. Journal*, 15 déc. 1906) ; Les kystes du tissu lymphoïde : dégénérescences rares de l'amygdale (*The Laryngoscope*, sept. 1905).

tions et si toute la virulence des germes s'y épuisait, nous aurions des lésions tonsillaires dépassant de beaucoup en fréquence toutes les autres lésions des organes du corps.

A côté de ces îlots de protoplasma granuleux, représentant la régression de l'amygdale, nous avons toujours à quelque degré du tissu fibreux, de même que nous trouvons disséminés au sommet du poumon quelques vieux tubercules guéris. Vous voyez par là pourquoi je suis souvent dans le doute, hésitant à interpréter ces foyers de nécrose granuleuse.

Observation II. — G. Mo. Célibataire, 19 ans.

Depuis 3 ans et demi présente des ganglions cervicaux hypertrophiés, successivement a subi plus de dix opérations, exactement onze en tout. Il y a 3 ans, elle a subi pour la première fois l'opération des adénoïdes, de nouveau il y a 4 mois. Il y a 2 ans, elle a encore subi une autre opération sur les amygdales et les adénoïdes. Je trouvai cette fille dans la contre-allée causant à la malade n° 3 et remarquai la grande quantité de cicatrices cervicales qu'elle portait. Je l'amenai à entrer à l'hôpital et à se laisser examiner la gorge. Je trouvai de larges moignons tonsillaires enfouis, rouges, écarlates, ainsi que les piliers; pas d'adénoïdes : deux ganglions cervicaux isolés envahis depuis la dernière opération datant environ de deux mois ; je la décidai à se faire enlever ses amygdales. Elle avait perdu tout espoir comme c'était la quatrième tentative ; mais mise au courant de leurs rapports avec l'état du cou, elle consentit et je les énucléai en avril dernier. Le Dr Wright trouva des tubercules types dans le tissu amygdalin. Sa santé s'est améliorée au point qu'elle a pu reprendre son travail qu'elle avait abandonné depuis 2 ans. Les deux ganglions qui montraient une tendance à augmenter l'un dans la parotide, l'autre près de la clavicule, ont rétrocédé quelque peu. Ces deux ganglions ne peuvent être directement influencés par le drainage tonsillaire, mais l'ablation des foyers primitifs de l'amygdale semble avoir été d'un grand bénéfice pour l'état général de cette fille.

Observation III. — E. Mc M. — Femme âgée de 22 ans ; servante. A toujours été bien portante à part un ganglion enlevé à l'angle de la mâchoire. On trouve une amygdale enchâtonnée qui paraît suspecte d'envahissement tuberculeux. Elle est admise à l'hôpital ; l'abcès du cou est incisé ; les amygdales aussi sont énucléées. Le cou guérit promptement et l'examen de l'amygdale révèle :

Du tissu lymphoïde avec beaucoup de tissu fibro-conjonctif. Il y a des cellules géantes typiques de Langerhans et des granulations tuberculeuses dans la profondeur du tissu lymphoïde.

Observation IV. — M. N., irlandais, âgé de 27 ans, 3 juin 1908.

Depuis deux ans avait eu des ganglions, à l'angle de la mâchoire, très étendus et augmentant progressivement. Les deux derniers mois la masse ganglionnaire s'étendit vivement au point de doubler de

volume. Les amygdales très petites (pas de commémoratifs d'amygdalectomie) étaient complètement effacées. L'amygdale correspondante fut enlevée et soumise au Dr Wright qui diagnostiqua une « inflammation chronique », mais qui déclara que s'il avait vu les mêmes masses de tissu fibreux sur une coupe du poumon en aurait fait un tubercule guéri, mais n'était pas disposé à faire ce diagnostic parce qu'il s'agissait de l'amygdale. Sept jours après l'enlèvement de l'amygdale (amygdalectomie unilatérale) la tumeur diminua, laissant aux vieux ganglions tuberculeux leur volume primitif. Ces ganglions tuberculeux ne diminuèrent pas de volume, mais environ 4 mois après l'enlèvement de l'amygdale, commencèrent à se désagréger et un mois plus tard étaient réduits en une masse fluctuante. Ils furent alors complètement ôtés. L'un était devenu liquide, et les autres — environ 6 en tout — étaient caséifiés au milieu. Le Dr Wright dit : « Je suppose que c'est un ganglion tuberculeux, mais nous avons été incapables de trouver un tubercule typique dans les coupes examinées. Je considère comme presque certain que l'amygdale a été la porte d'entrée, car les ganglions les premiers atteints sont en relation avec l'amygdale et on n'a pas encore démontré que ces ganglions étaient en rapport avec d'autres organes.

Considérant le temps écoulé — plus de 2 ans — entre le développement de l'adénite et l'examen de l'amygdale, il me semble logique de croire que l'amygdale était guérie. La malade a eu le plus grand développement des ganglions et la plus longue durée qu'aucun cas ait jamais signalés, bien plus de deux ans; elle dit que ce pourrait être trois depuis qu'elle remarqua leur volume pour la première fois et ils avaient probablement alors augmenté déjà depuis quelque temps.

Observation VII. — L. O. R., âgée de 8 ans, 15 août 1908.

Amygdales très petites et enchâtonnées. Ganglions modérément augmentés avec une amygdale grosse comme une noix environ. Analyse microscopique : Tubercule typique, cellules géantes, etc. Dans les 6 mois qui suivirent l'opération, tous les ganglions avaient diminué, excepté l'amygdale qui est solide et qui a environ la moitié de son volume primitif.

Observation IX. — M. V., âgé de 8 ans, juin 1908.

Trois mois après l'opération, l'amygdale et les autres ganglions en rapport avec elle furent enlevés. Amygdales peu effacées. Le Dr Wright trouve des tubercules typiques dans l'amygdale correspondante; en ce moment, 7 mois après, les ganglions sont entièrement disparus.

Observation X. — M. O., âgé de 3 ans, 12 mai 1905.

Amygdales effacées, ganglions étendus. Les amygdales furent enlevées. Des coupes faites sur les amygdales donnent des signes certains de processus tuberculeux. Quoiqu'il n'y ait pas de tubercules typiques au point de vue anatomique, cependant la présence de cellules épithéliales groupées avec coagulation centrale, nécrose et coagulation proliférante de tissu fibreux, l'aspect moucheté, cette fragmentation en noyau, firent poser le diagnostic d'une

manière absolument positive. De plus, on a pu déceler la présence de bacilles tuberculeux disposés en bouquet. L'état de santé de cet enfant s'est beaucoup amélioré; les ganglions ont rétrocédé, au point qu'en ce moment, après une période de plus de 3 ans, ils son difficilement accessibles au toucher.

Observation XI. — L. K., âgé de 2 ans, 2 avril 1908. A eu les amygdales enlevées, c'est-à-dire au ras des piliers, il y a deux ans. Cet enfant a de périodiques O. M. S. A., quelques végétations adénoïdes; il reste de larges débris d'amygdales qui sont effacés et recouverts en partie de tissu fibreux. Les ganglions du cou ont augmenté du volume d'une noisette. Les amygdales furent enlevées. Le Docteur Wright déclare ce qui suit : « Ces amygdales ont de nombreuses bandes fibreuses très larges, traversant le tissu lymphoïde; près d'elles, le tissu lymphoïde a subi la coagulation, nécrose avec hyperplasie considérable des cellules épithéliales. Il n'y a pas de cellules géantes et les surfaces de tissu dégénéré sont si dispersées que je penche à les considérer plutôt comme la preuve de lésions régressives que de « lésions tuberculeuses. »

Déclaration supplémentaire : « Des coupes colorées pour la recherche des bacilles tuberculeux, les montrèrent dans les zones de dégénérescence. » Dans l'année qui a suivi l'enlèvement de l'amygdale, la santé de l'enfant s'est beaucoup améliorée et les ganglions ont rétrocédé.

Je suis très reconnaissant au laboratoire du travail qu'il a accompli dans ces cas. Il ne s'agit pas de lui demander de faire des coupes dans une amygdale suspecte et d'examiner chaque coupe ; ce qui a été fait, cependant, c'est de prendre la partie la plus suspecte de l'amygdale et d'y faire 3 ou 4 coupes. Si ces dernières semblent suspectes, mais ne sont pas nettement tuberculeuses on fait quelques coupes en plus; mais dans ce sens il n'a pas été difficile de trouver des preuves évidentes de tuberculose dans la plupart des amygdales des quelques premières coupes.

Je veux exprimer ma reconnaissance au Docteur Wright pour l'intérêt et le travail qu'il a donnés à ce sujet. Sans son secours, cet article aurait été impossible. Ce ne sont pas mes théories, mais ces faits qui rendent mon article digne de votre considération.

BIBLIOGRAPHIE

Wood. Drainage lymphatique de l'amygdale palatine. *Ann. Journ. of med. Sciences*, août 1905.

Robertson. Quelques faits concernant l'amygdale palatine. *Journ. of Am. assoc.*, novembre 4, 1906.

Edmund A. Hypertrophies glandulaires. Londres, 1908.

Wood. *Laryngoscope*, déc. 1907.

Wright J. *New-York Med. Journal*, 26 sept. 1896.

Hodenpyl. *Am. Journ. of med. Sciences*, mars 1901.

Calmette et Guérin.

V

QUELQUES CAS DE RHINOLITHES ET UN CAS D'OTOLITHIASE[1]

Par **JŒRGEN MŒLLER** (de Copenhague).

[Traduction par M. Menier, de Figeac.]

Bien que les rhinolithes soient loin d'être une affection qu'on rencontre tous les jours, il y en a cependant dans la littérature un bon nombre d'observations et il n'est pas de spécialiste tant soit peu occupé qui n'en ait vu lui-même une couple de cas; malgré cela, les cas de rhinolithiase qui offrent des particularités à tel ou tel point de vue, sont susceptibles d'éveiller l'intérêt. Ayant observé quelques cas de ce genre, je vais me permettre de les porter à la connaissance des lecteurs des *Archives*.

Observation I. — Johanne P., femme de 51 ans, traitée à l'hôpital pour une autre maladie, répandait dans la salle une odeur si fétide qu'on me l'adressa pour être soignée, immédiatement après son entrée. Son affection nasale ne semblait pas la gêner extrêmement, bien qu'elle admît avoir depuis de longues années déjà un écoulement purulent abondant par le nez. Elle ne sait pas grand' chose sur l'origine de cette maladie, elle déclare seulement qu'une fois, il y a quelques années, des petits fragments d'os sont sortis de son nez. A la rhinoscopie, on ne voit d'abord que des croûtes effroyablement fétides; ce n'est qu'après un lavage à fond et aussi l'ablation des croûtes en partie à l'aide d'instruments que l'intérieur du nez présente un aspect tout à fait particulier. Dans les deux fosses nasales on voit des masses assez volumineuses, vert-grisâtres, irrégulières, dures comme la pierre, qui ne forment cependant pas deux rhinolithes distincts, mais n'en constituent qu'un seul, en forme de bouton de chemise; en effet, les deux moitiés sont réunies par un pédicule passant à travers une perforation de la cloison. Le segment gauche est le plus gros; nous estimons qu'il a environ 3 cent. de long sur 1 cent. 1/2 de haut; le droit est un peu plus petit; le pédicule intermédiaire est relativement mince, à peine plus d'un centimètre. Cependant, tout le rhinolithe a une consistance si dure que c'est en vain qu'on essaie, en trois séances différentes, de briser la partie intermédiaire pour extraire ensuite séparément les deux moitiés latérales. Lorsqu'enfin, on se fut procuré spécialement dans ce but des pinces d'une force particulière, le malade ne se repré-

1. Travail de la clinique oto-laryngologique de l'hôpital d'Œresund.

senta plus à la clinique. Elle semble avoir préféré continuer à vivre avec son rhinolithe et sa suppuration nasale fétide.

Observation II. — Julius N., 25 ans, était en traitement pour tuberculose pulmonaire. Lui aussi était, depuis des années, porteur d'une suppuration nasale fétide dont il ignorait l'origine ; en particulier, il n'avait dans ses souvenirs l'histoire d'aucun corps étranger. Tandis que la fosse nasale droite offrait un aspect à peu près normal, il y avait à gauche une atrophie notable avec formation de croûtes. Pour le moment, on ne constata rien de plus. Ce n'est que lorsqu'il eut été traité pendant quelque temps par des lavages et que les croûtes eurent été enlevées en grande partie, qu'un jour, par le stylet, on découvrit, très haut, à la partie postéro-supérieure, un corps dur, solide, arrondi, qu'on pouvait un peu mobiliser et qui, par des manipulations successives, vint se placer dans le méat inférieur. Mais, son extraction fut assez difficile, car, d'une part il était un peu plus gros que l'ouverture de la fosse nasale et d'autre part, il était assez peu volumineux pour se mouvoir très librement dans la fosse nasale assez large et, par suite, échappait continuellement à la pince. Enfin, après que quelques petits fragments se furent détachés, on réussit à enlever, en un tout, la plus grande partie du calcul. Il était oviforme, un peu plus gros qu'une noisette, de couleur brune, très friable ; il pesait 1 gr. 75. On ne put constater de noyau particulier ; cependant, on ne fit pas d'examen microscopique. Par contre, on le soumit à l'examen chimique qui donna le résultat suivant :

Eau	2.90 %
Matières organiques	28.50
Acide sulfureux (SO^3)	2.65 —
Chaux (CaO)	11.95 —
Acide phosphorique (P^2O^5)	14.50 —
Oxyde de fer (Fe^2O^3)	35.84 —
Magnesium (MgO)	2.85 —
	99.19 —

Les combinaisons chimiques sont donc probablement les suivantes : Phosphate de chaux, phosphate de magnésie, un peu de sulfate de chaux, oxyde de fer.

Observation III. — Celle-ci ne nous appartient pas, en ce sens que le cas fut observé dans une autre clinique : la policlinique de Frederiksberg. Mais nous pouvons l'ajouter aux nôtres à cause de la façon particulière dont le rhinolithe fut découvert. Une femme vint se faire traiter pour sténose tubaire ; pas de symptômes particuliers du côté du nez; à la rhinoscopie, on ne constate qu'un peu de rougeur et un léger gonflement de la muqueuse ; on ne fait pas d'examen après application d'adrénaline. J'avais déjà fait plusieurs fois le cathétérisme de la trompe sans trop de difficultés, lorsqu'un jour, ce fut mon assistant qui eut à la traiter et elle s'en défendit en disant que cela faisait un mal atroce ; mon assistant avait l'impression

d'un obstacle particulier ; brusquement, cet empêchement céda, et la malade expectora un rhinolithe du volume d'une noisette, tombé dans son pharynx ; lors de l'examen soigneux consécutif du nez, on ne trouva rien de particulier et on ne put se rendre compte de la région où était placé le calcul.

*
* *

Dans le premier cas, il s'agit d'une forme tout à fait spéciale du rhinolithe ; autant que j'ai pu m'en apercevoir, rien de semblable n'a été décrit dans la littérature. Il est vrai que dans la statistique de Seifert, dans le manuel de Heymann, on trouve mentionnés plusieurs cas dans lesquels la cloison nasale était en partie détruite et un volumineux rhinolithe occupait ainsi les deux fosses nasales ; mais, dans tous les cas, il semble ne s'être agi que d'un unique rhinolithe volumineux, non lobé, et on n'a pas décrit de division en deux moitiés avec segment intermédiaire les unissant. De même, je n'ai rien trouvé dans la littérature plus récente. Quant à l'étiologie, il n'est pas invraisemblable qu'il y ait eu, au début, dans ce cas, une affection syphilitique de la cloison (la malade déclara avoir éliminé des fragments d'os) et que des petits débris osseux aient formé le noyau du rhinolithe. Il faut, en tout cas, admettre que la perforation du septum fut primitive et ne fut pas occasionnée par la formation du calcul.

Dans le deuxième cas, l'observation et l'aspect du concrément ne diffèrent pas de la majorité des autres cas, mais ce qui lui est spécial, c'est le résultat de l'analyse chimique.

Presque toujours ce sont les sels de chaux qui forment la partie principale des rhinolithes et surtout des phosphates et des carbonates, tandis que les matières organiques n'existent qu'à un degré assez faible, ordinairement pas au delà de 20 °/₀ et que les combinaisons du fer ne s'y trouvent pas du tout ou seulement à l'état de traces. (Dans la monographie de Seifert, citée plus haut on trouve une revue de la chimie des rhinolithes) ; par contre, dans ce cas, il n'y a que relativement peu de sels de chaux (CaO 12 °/₀ et acide phosphorique 14 °/₀), tandis qu'il existe beaucoup de matières organiques (28 °/₀) et que les combinaisons du fer forment l'élément rencontré en plus grande quantité (36 °/₀). Ce n'est que dans la publication de Cresswell Baber (*The British med. Journal*, 17 octobre 1885) qu'on trouve une composition chimique analogue dans un calcul nasal ; le rhinolithe en question, en dehors de sels de calcium et de magnésium refermait environ 35 °/₀ de matières organiques et 30 °/₀ de combinaisons du fer. Mais, dans ce cas, il existait des

conditions spéciales, par lesquelles Cresswell Baber explique la teneur extraordinairement grande en fer, car, un bouton de bottine avec anneau de fer introduit dans le nez pendant l'enfance, avait été probablement la cause de la formation du calcul ; il est bien possible que ce soit là la vérité, mais cela n'explique pas la teneur extraordinairement grande en substances organiques. D'une façon générale, l'analyse chimique de ce cas semble avoir tant de ressemblance avec celle du mien, qu'on peut en conclure à la même origine et, chez mon malade, ce n'était pas un bouton de bottine qui avait été la cause de la formation du calcul. Il me semble beaucoup plus naturel de mettre en relations réciproques la grande teneur tant en matières organiques qu'en combinaisons du fer, et de les attribuer aux combinaisons ferriques organiques provenant du sang, lesquelles se sont déposées entre les sels de chaux. Il est vrai que dans les commémoratifs, il n'y a pas trace d'épistaxis, mais, combien de fois de petites hémorragies nasales passent-elles inaperçues. De cette grande teneur en combinaisons organiques dépend aussi naturellement la friabilité extraordinaire du rhinolithe chez ce malade.

La formation de calculs dans l'oreille ne se trouve pas souvent citée en littérature et, les manuels ordinaires, par exemple, n'en parlent pas du tout. La publication d'un cas de ce genre n'est donc peut-être pas sans intérêt.

Une fillette de 8 ans était traitée pour suppuration chronique de l'oreille gauche. Le conduit était rempli de pus fétide; comme l'enfant était tracassière, on ne put, pour le moment, faire un examen bien exact. Comme, au bout de quelque temps, malgré des lavages réguliers, il restait, dans le fond, des masses blanches, semblables à des détritus, on essaya de les enlever avec la pince, mais on rencontra alors un corps, dur comme de la pierre, qui remplissait presque complètement le fond du conduit. On ne put l'enlever à cause de la résistance de l'enfant; c'est pourquoi celle-ci fut endormie et le corps enlevé en deux morceaux. Le noyau était une mince feuille de métal, repliée, autour de laquelle s'étaient déposés des sels de chaux, de sorte qu'il s'était formé un calcul assez volumineux. Dans le fond de l'oreille, on put alors voir une surface couverte de granulations et l'on réussit bientôt à améliorer considérablement l'inflammation.

VI

CONTRIBUTION CLINIQUE
AU
DIAGNOSTIC DES AFFECTIONS ŒSOPHAGIENNES
PAR
L'ŒSOPHAGOSCOPIE [1]

Par **de CIGNA** (de Gênes).
Assistant du service oto-rhino-laryngologique de l'hôpital Saint-André.

Il est certain qu'au point de vue du diagnostic des lésions qui échappent au contrôle direct de l'examen objectif tous les procédés permettant de constater *de visu* les conditions anatomo-pathologiques des organes constituent un grand progrès.

L'œsophagoscopie offre une supériorité incontestable sur les méthodes d'examen employées pour reconnaître les lésions du conduit œsophagien.

Toutefois l'œsophagoscopie n'est pas encore aussi souvent appliquée en Italie que dans d'autres pays, tels que l'Allemagne où elle a été préconisée par Mikulicz, Gottstein, Killian, Kirstein et Rosenheim, et la France où Moure et Guisez lui ont servi de parrains.

On ignore pour quelle raison les Italiens se sont montrés aussi réservés pour l'emploi de ce procédé. Il ne peut être question d'innovation, puisqu'environ quatre-vingts ans se sont écoulés depuis les premières tentatives d'œsophagoscopie ; on ne saurait non plus s'en prendre à la difficulté de la technique puisque cette dernière est aisée à acquérir et que l'œsophagoscopie est la plus simple des méthodes d'endoscopie directe. On ne pourra invoquer davantage la gravité ou les dangers de ce procédé, attendu que lorsqu'on agit prudemment, l'œsophagoscopie est tout à fait inoffensive ; les statistiques de ces dix dernières années n'enregistrent aucun accident post-opératoire sérieux.

Dans le service oto-rhino-laryngologique de l'hôpital Saint-André dirigé par le prof. Strazza, où je remplis les fonctions d'assistant, l'œsophagoscopie est pratiquée chaque fois qu'elle est indiquée par l'examen clinique. Au cours de ces trois der-

1. Communication au XII[e] Congrès de la Société italienne d'otologie, rhinologie et laryngologie. Turin, octobre 1908.

nières années, nos registres signalent environ soixante-dix cas d'œsophagoscopie et comme c'est moi qui suis chargé de ces examens, je me permets d'apporter une contribution clinique à cette question.

Je ne m'étendrai ni sur la technique, ni sur la description des appareils qui sont connus de tous ; chaque opérateur accorde la préférence au procédé et aux instruments avec lesquels il est le plus familiarisé. Aussi me bornerai-je à exposer succinctement la méthode très simple qui est employée dans notre service.

Sur la quantité de malades d'âge et de sexe différents que nous avons soignés pour diverses affections, nous n'avons pas observé le moindre inconvénient.

Anesthésie. — Jamais nous n'avons dû recourir à l'anesthésie complète pour examiner l'œsophage, mais on peut y être forcé en présence d'un individu ayant le système nerveux très excitable et qui refuse d'assister à l'examen de son œsophage. Nous avons toujours pu insérer le tube en nous contentant d'une simple anesthésie locale à l'aide d'un porte-ouate pour badigeonnage laryngien ordinaire mais à courbure un peu plus large. A la suite du badigeonnage, on invite le malade à effectuer des mouvements de déglutition dans le but de faire couler le long de l'œsophage l'excès de solution anesthésique qui a jailli du porte-ouate. On se sert d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 10 %. Au bout d'une dizaine de minutes, lorsque le malade accuse une forte sensation de constriction du pharynx et de la gène de la déglutition, il faut s'apprêter à l'introduction de l'œsophagoscope.

Introduction du tube. — Après avoir dégagé le cou et le thorax du malade, on le fait asseoir sur une table d'opération de façon à ce que ses épaules s'appuient sur le bord et que la tête soit complètement libre en dehors.

Nous avons donc adopté un procédé mixte : la position assise pour l'introduction, et le décubitus dorsal pour l'examen qui fatiguerait à la longue un malade assis.

Pour parer à toute éventualité, on prépare de longs porte-ouate.

L'opérateur se tient debout sur un tabouret, de façon à ce que la tête du malade soit au niveau de sa poitrine, et il saisit le tube œsophagoscopique en forme de plume à écrire, à environ quinze centimètres de son extrémité inférieure. Le tube devra toujours être muni d'un mandrin facilitant l'introduction et évitant les lésions possibles de la muqueuse pharyngienne et

de la région aryténoïdienne qui surviendraient si on négligeait cette précaution.

On enduira l'extrémité du mandrin de vaseline stérilisée, bien entendu le tube sera également stérilisé.

J'ai fait construire un tube œsophagoscopique dont le mandrin est muni à son extrémité d'un ressort à spirale mesurant environ quatre centimètres et qui, adossé et fléchi sur la paroi postérieure du pharynx, assure et facilite l'introduction immédiate du tube dans l'orifice œsophagien.

L'extrémité du tube est taillée en bec de flûte, ce qui constitue aussi un avantage sur les tubes à extrémité sectionnée circulairement, attendu que l'introduction progressive du tube dans l'orifice œsophagien est beaucoup plus aisée quand les bords de la muqueuse ne forment pas hernie et permettent de distinguer une plus grande étendue de muqueuse.

La tête du malade sera maintenue par un aide. La méthode classique d'introduction de l'œsophagoscope est accompagnée de tractions linguales qui me semblent superflues, vu qu'en soulevant l'épiglotte, elles exposent le larynx à des traumatismes éventuels. Mais on introduira l'index gauche dans le pharynx pour comprimer la base de la langue et frayer le passage du tube.

Par une pression très modérée, et en imprimant à l'instrument des mouvements de rotation sur son axe, on atteint l'œsophage. Il faudra que le tube prenne une direction oblique allant d'avant en arrière, de haut en bas et de droite à gauche par rapport au malade. On sait que la première portion de l'œsophage est légèrement courbée vers la gauche. L'introduction s'effectue sans le moindre effort. Sitôt qu'il a dépassé de quelques centimètres l'orifice œsophagien le tube se loge dans le sillon labial droit, entre les deux arcades dentaires ; on évitera que la lèvre ne soit pincée entre les dents et la paroi du tube. A la suite de cette manœuvre le malade, ayant toujours la tête maintenue droite par un aide, sera doucement placé dans le décubitus dorsal.

Si la sonde molle nous a déjà renseigné sur la profondeur de l'obstacle, l'œsophagoscope armé de son mandrin peut être immédiatement introduit lentement et doucement par des mouvements de torsion, en invitant le malade à respirer aussi tranquillement que possible. Autrement il faudrait extraire le mandrin et appliquer au tube un manche lumineux (nous employons le manche de Casper qui, convenablement réglé, fournit un éclairage excellent et permet l'introduction des instruments

nécessaires à des interventions éventuelles) ; puis l'on procèdera graduellement à l'exploration de la muqueuse jusqu'au point voulu.

La personne qui examine se tiendra en arrière du tube. Quand la salive est abondante, elle s'écoule par le tube, mais on évite cet inconvénient par une bonne anesthésie avec un mélange de cocaïne et d'adrénaline ; au cas où la salive s'accumulerait à l'extrémité du tube, on l'enlèverait à l'aide d'un porte-ouate. Les aliments garnissant l'estomac peuvent être régurgités par la stimulation de l'œsophagoscope, mais les liquides s'écoulent à travers le tube, et l'estomac se vide promptement. Comme la présence d'aliments solides est gênante, mieux vaut effectuer l'exploration quand l'estomac est vide, ce qui est d'autant plus aisé que les malades soumis à ce mode d'examen se nourrissent presque toujours avec des liquides. Durant l'émission des liquides à travers le tube, le malade devra être mis dans le décubitus latéral.

Indications de l'œsophagoscopie

Ces indications sont les suivantes : corps étrangers de l'œsophage, rétrécissements, ulcérations, spasmes et atonie, diverticules.

Excepté pour les diverticules, nous pouvons apporter notre contribution personnelle à ces diverses indications.

Etat normal. — Avant d'exposer les résultats de l'examen pathologique de l'œsophage, je dirai quelques mots de l'état normal.

L'œsophagoscopie est évidemment le seul procédé qui permette de juger de l'aspect normal de la muqueuse œsophagienne chez l'individu vivant, d'examiner sa structure, sa situation et son fonctionnement.

A l'état de vacuité, l'orifice œsophagien est réduit à une fissure aplatie d'avant en arrière, de manière à revêtir l'aspect d'une gaine dont les deux parois, l'une antérieure, l'autre postérieure, sont adossées.

Cette disposition plus marquée dans la portion cervicale de l'œsophage, se modifie dans la portion thoracique où l'orifice s'amplifie et l'œsophage revêt l'aspect d'un conduit s'arrondissant. Chez le sujet vivant, la muqueuse œsophagienne n'est pas aussi pâle que sur le cadavre et le contraste de coloris de la muqueuse pharyngienne, ordinairement rougie n'est pas toujours très accentué, bien qu'elle soit plus rosée et plus uni-

forme. Pour cette appréciation, on tiendra compte bien entendu de la source lumineuse ; plus la lumière employée sera blanche, moins colorée semblera la muqueuse qui est disposée en plis longitudinaux. Ce caractère la différencie également de la muqueuse œsophagienne du cadavre, sur laquelle l'œsophage, sans doute par le fait de l'absence de tonicité des fibres musculaires longitudinales de sa tunique contractile, présente une muqueuse fortement et profondément plissée.

Le long de son trajet, la paroi œsophagienne offre des points pulsatiles dus à la pulsation de l'aorte et du cœur, et des mouvements respiratoires qui dilatent l'orifice pendant l'inspiration, et le rétrécissent lors de l'expiration.

A l'état normal, l'œsophage présente trois points rétrécis correspondant à l'orifice supérieur, à l'orifice inférieur et à la bifurcation des bronches.

Ces particularités physiologiques revêtent en général un caractère permanent, mais elles peuvent subir des modifications individuelles ; ainsi les mouvements respiratoires de l'œsophage sont parfois si accentués qu'ils s'opposent à l'examen.

Nous relaterons brièvement les résultats de nos examens.

a) **Corps étrangers.** — La présence d'un corps étranger dans l'œsophage nécessite toujours l'œsophagoscopie qui constitue la méthode de choix pour le diagnostic et l'extraction des corps étrangers. On verra comment tous les procédés employés précédemment peuvent échouer. Les sondages et les rayons X peuvent donner des résultats négatifs ou entraîner des erreurs en faisant croire à l'existence d'un corps étranger imaginaire.

En effet, en présence d'un corps étranger menu et flexible, les sondes peuvent l'accoler à une paroi œsophagienne et arriver librement jusqu'à l'estomac sans permette au chirurgien d'éveiller la moindre sensation révélatrice. Vice versa, en cas de spasme de la tunique musculaire du conduit œsophagien, on peut se heurter à un obstacle souvent insurmontable qui fait croire à la présence d'un corps étranger, surtout chez les hystériques. Des rayons X, qui peuvent rendre des services signalés pour le diagnostic du siège des corps étrangers de l'œsophage, ainsi que le démontre une belle radiographie effectuée au cabinet radiologique de l'hôpital Saint-André[1] sont insuffisants

1. La radiographie représente une pièce de monnaie logée dans l'œsophage d'un enfant de 9 ans.

lorsque le corps étranger ne projette aucune ombre sur l'écran fluoroscopique. Par contre, les rayons X peuvent refléter des ombres attribuables à un corps étranger absent. Il arrive assez souvent que des examens œsophagoscopiques effectués d'après les indications de la radiographie démontrent l'absence du corps étranger. Guisez rapporte que, sur la foi de la radioscopie, il a tenté quatre fois l'extraction de corps étrangers imaginaires de l'œsophage.

Quant à l'extraction, aucune méthode n'est vraiment aussi chirurgicale que l'ablation *de visu* au moyen d'un tube œsophagoscopique.

On sait combien insuffisants et dangereux sont les procédés aveugles du panier de Graefe ou de Frœlich, du crochet de Kirmisson, et de beaucoup d'autres instruments construits dans le même but.

Il arrive que la mort survienne à la suite de tentatives d'extraction de corps étrangers par une des méthodes précitées. Bien que le résultat ne soit pas toujours fatal, la muqueuse œsophagienne est constamment plus ou moins maltraitée.

L'œsophagoscopie n'entraîne aucun de ces inconvénients ; après que la situation du corps étranger a été reconnue à l'aide de la sonde ou des rayons X, on introduit aussitôt l'œsophagoscope au point voulu : en cas d'incertitude, on procède graduellement avec une douceur infinie sous le contrôle de l'œil jusqu'à ce que l'on rencontre le corps étranger ou jusqu'au cardia et à l'estomac en inspectant toute l'étendue de l'œsophage.

Quand on atteint le corps étranger, l'œsophagoscopie permet toujours de reconnaître sa nature, sa forme, ses dimensions, sa disposition, et en opérant prudemment on peut le déloger sans léser les parois muqueuses dont on écarte les pointes et les angles aigus qui entraîneraient des blessures, et on effectue l'extraction, soit à travers le tube œsophagoscopique ou au moyen du tube, en un temps, si le corps étranger a un diamètre dépassant celui du tube.

Les cas de corps étrangers véritables observés dans le service oto-rhino-laryngologique de l'hôpital Saint-André ont été peu nombreux. Je n'en rapporterai qu'une seule observation mais elle est très instructive.

Homme de 45 ans qui en mangeant, avala par mégarde un os de poulet. Après un moment de trouble, le malade continua à manger, tout en éprouvant une sensation de piqûre correspondant à la face dorsale de l'œsophage. Cette sensation douloureuse l'empêcha de se nourrir avec des aliments solides, la gêne s'accusant lors de la des-

cente du bol alimentaire. Mais le malade espérait guérir sans aucune intervention et c'est seulement au bout de quelques jours qu'il se décida à consulter un médecin. On pratiqua des sondages avec des sondes olivaires progressivement graduées, et toutes passèrent sans rencontrer d'obstacle. Toutefois elles provoquaient la douleur sur un point déterminé. D'abord on nia l'existence d'un corps étranger ; cette opinion fut confirmée une seconde fois par un autre médecin qui effectua un sondage suivi de l'examen radioscopique. Mais comme les accidents persistaient, le malade vint nous trouver à l'hôpital en mai 1906. Les sondes passèrent en provoquant seulement un peu de gêne. L'œsophagoscopie fut pratiquée séance tenante par le prof. Strazza. On découvrit le corps étranger à 32 centimètres de l'arcade. C'était un petit os implanté transversalement dans l'œsophage et adossé par sa courbe à la paroi œsophagienne postéro-latérale gauche ; il fut extrait à l'aide d'une pince. Cette observation n'a besoin d'aucun commentaire.

b) **Rétrécissements de l'œsophage.** — Ces rétrécissements sont attribuables à des causes variées : cicatrices imputables à l'ingestion de substances caustiques, reliquats de manifestations syphilitiques tertiaires, tumeurs bénignes ou malignes, saillie d'anévrismes aortiques ou infiltrations de ganglions péribronchiaux, ou enfin spasmes plus ou moins accentués.

Nous avons encore actuellement dans notre service un beau cas de rétrécissement œsophagien provoqué par l'ingestion de substances caustiques que nous dilatons avec des sondes graduées.

Marie C., âgée de 37 ans, but à une fête, pendant le carnaval, le contenu d'une fiole qu'on lui assura être du Marsala. La malade l'avala imprudemment, mais il s'agissait d'une mauvaise plaisanterie, le flacon contenait un mélange d'acides corrosifs pour le nettoyage des métaux. Aussitôt elle se plaignit d'une sensation de brûlure intense dans le conduit œsophagien, on la soigna immédiatement et au bout de plus d'un mois elle vint nous consulter. Les phénomènes dysphagiques persistaient et la malade ne pouvait avaler que des liquides qui arrivaient péniblement dans l'estomac après beaucoup d'efforts de déglutition. Quelquefois les liquides étaient rendus.

A l'examen œsophagoscopique, on constata que les parois du conduit œsophagien présentaient des phénomènes inflammatoires, la muqueuse de l'œsophage était hyperhémiée sur presque toute son étendue. A 35 centimètres de l'arcade dentaire, la muqueuse présente des zones exfoliées et fortement injectées ; la sténose se rencontre à 37 centimètres, elle est circulaire et très accusée. Sans la comprimer par l'œsophagoscope, elle ne laisse voir aucun orifice ; toutefois au moyen d'un mince porte-ouate, on réussit à dépasser le point sténosé qui doit mesurer circulairement deux centimètres.

Les parois du rétrécissement n'ont pas l'aspect solide et nacré du tissu cicatriciel. Au contraire les tissus qui le recouvrent ont une apparence lardacée et sont constituées par d'épaisses pseudo-membranes que l'on peut détacher délicatement avec le porte-ouate et derrière lesquelles on découvre une ulcération sanguinolente, intéressant toute la couche sous-muqueuse. Au bout de quelques jours, on entreprend des séances quotidiennes de dilatation avec des sondes molles en caoutchouc.

L'examen œsophagoscopique fut fréquemment répété au cours du traitement. Voici les résultats de celui qui fut pratiqué il y a une quinzaine de jours.

La malade avale librement les substances liquides et molles, elle se nourrit de potage, de viande soigneusement mâchée et d'un peu de pain. Le passage des aliments est presque indolore. A l'œsophagoscopie, on remarque que la muqueuse œsophagienne est normale, sauf la partie sténosée qui est un peu plus rouge. La sténose offre un orifice béant, les tissus qui la revêtent ne sont pas organisés, on découvre encore des pseudo-membranes qui sont entretenues par l'irritation quotidienne du passage des sondes. Ce n'est pas encore l'issue finale de la lésion. Lorsque la cicatrisation sera accomplie, les lésions pourront se rétracter et rétrécir fortement l'orifice œsophagien.

En examinant des vieillards, j'ai pu voir un gonflement pulsatile de l'œsophage à vingt ou vingt-deux centimètres de l'arcade dentaire. Dans un cas, la tuméfaction était très marquée et correspondait à une poche anévrismale de l'aorte diagnostiquée au moyen des rayons Roentgen.

Dans les cas de ce genre, le tube devra être introduit très délicatement.

C'est principalement pour le carcinome œsophagien que l'œsophagoscopie nous a été d'un grand secours. Nous avons observé dix-sept cas de cancer durant une période de trois ans. Ce nombre relativement élevé m'a suggéré quelques réflexions.

Ma petite statistique me permet de déclarer que la maladie atteint de préférence le sexe masculin, fait avéré dès longtemps. Deux observations seulement concerne des femmes.

On remarque que l'œsophagoscopie est peu répandue et qu'un petit nombre de médecins la préconisent.

Dans un seul cas, on trouva la muqueuse non ulcérée ; chez tous les autres malades le processus cancéreux était plus ou moins étendu et la muqueuse détruite. La plupart d'entre eux avaient déjà consulté des médecins qui les avaient soumis au sondage.

L'examen objectif nous fournit les données suivantes : Au sujet du siège de la tumeur, mes examens m'ont enseigné que

le lieu d'élection ne concorde pas toujours avec les idées généralement admises. Les points d'implantation habituel du cancer de l'œsophage sont au nombre de trois : l'extrémité inférieure, sur la valvule du cardia, et immédiatement au-dessus, la partie médiane, au niveau de la bifurcation des bronches et l'extrémité supérieure.

Les renseignements fournis par nos registres sur la profondeur de la localisation cancéreuse donnent presque toujours un chiffre qui oscille entre 30 et 33 centimètres de distance de l'arcade dentaire, c'est-à-dire presque uniformément au point d'union du tiers moyen avec le tiers inférieur.

J'ai pourtant rencontré des cancers à l'extrémité inférieure de l'œsophage au voisinage immédiat du cardia ; un cas concernait une femme de quarante-neuf ans chez laquelle le carcinome siégeait à quarante-trois centimètres de l'arcade dentaire. Chez une femme de soixante-quatre ans, le cancer était à vingt-quatre centimètres, et à vingt-deux centimètres chez un homme de soixante ans. Récemment, j'ai constaté l'existence d'un cancer à trois centimètres de l'extrémité supérieure chez un vieillard de soixante-neuf ans.

Quant à la localisation de la tumeur sur les parois de l'œsophage, j'ai observé que l'ulcération ou la masse principale de la tumeur siège presque constamment sur la paroi latéro-antérieure droite du tube œsophagien.

J'ai eu rarement l'occasion d'observer une tumeur complètement sténosée affectant la forme annulaire ; le plus souvent, la paroi respectée par la tumeur se trouve un peu effondrée par le passage inévitable du bol alimentaire. D'ordinaire cet affaissement se rencontre sur la portion sténosée du conduit œsophagien et l'œsophage, plus développé qu'à l'état normal, a l'apparence d'un sac fusiforme.

Selon les cas et le degré d'acuité, la tumeur revêt différents aspects.

Dans l'unique cas de carcinome œsophagien non ulcéré que j'ai observé, l'infiltration était annulaire, la muqueuse avoisinant la sténose était inégalement bosselée, pâle, blanchâtre sur quelques points saillants, cyanotique et sombre en d'autres régions. A l'endroit de la sténose, l'hypertrophie de la muqueuse était très marquée et homogène.

Lorsque la tumeur était déjà ulcérée, on remarquait parfois une ulcération plus ou moins profonde au point le plus infiltré ou aussitôt au-dessus de la sténose ; il arrivait ainsi que la tumeur portait des végétations de consistance dure en forme de choux-fleurs.

La surface de la tumeur saignait toujours facilement, mais il s'agissait de petites hémorragies superficielles caractéristiques au point de vue diagnostique. Jamais ni avec l'œsophagoscope, ni avec le porte-ouate nous ne provoquâmes d'hémorragies profuses. Toujours l'infiltration mesurait quelques centimètres d'étendue et jamais nous ne vîmes de zones d'infiltration annulaire consécutive, ni la forme de cancer en entonnoir.

Spasmes et atonie de l'œsophage

Nous avons observé par l'œsophagoscope trois cas de spasme, un en 1904 et deux autres au printemps dernier. Dans les trois cas, on avait eu affaire à des hystériques, le premier accusait une sensation caractéristique du bol hystérique, tandis que les autres ressentaient un spasme cardiaque.

Chez le premier malade, la sonde introduite dans l'œsophage paraissait rencontrer une résistance assez forte dans la portion supérieure de l'œsophage, notre observation ne donne pas de chiffres. Ayant pratiqué l'œsophagoscopie après cocaïnisation, nous reconnûmes l'absence complète de lésions de la paroi œsophagienne. Le dernier malade présentait des symptômes d'œsophagite aiguë et le spasme siégeait sur le cardia, sur lequel on voyait des détritus alimentaires (le lait du premier déjeuner avait déposé) ; en introduisant prudemment l'œsophagoscope, après quelques efforts, on réussissait à pénétrer dans l'estomac. Sauf des manifestations d'hyperhémie diffusée à tout le conduit œsophagien, la muqueuse de ce malade n'était le siège d'aucune lésion particulière.

En 1906, nous observâmes un cas typique de parésie des muscles œsophagiens chez un vieillard de soixante-quatorze ans, qui se plaignait de ne pouvoir déglutir des aliments solides sans grands efforts et ingérait des quantités de liquides telles que son état s'aggravait.

Les parois œsophagiennes étaient effondrées et fusiformes. L'œsophagoscope évoluait très facilement dans l'orifice œsophagien, d'autant plus que le malade était complètement édenté. La muqueuse lisse et pâle affectait un aspect cadavérique.

Au mois de mars 1907, nous soignâmes une jeune femme de vingt-trois ans, atteinte d'œsophagite aiguë après avoir absorbé par erreur une gorgée d'eau résineuse. La muqueuse rouge et succulente ne présentait pas de lésions profondes. L'examen fut répété fréquemment et l'on suivit l'évolution du mal jusqu'au retour à l'état normal.

Dans tous les cas, plutôt nombreux, où l'œsophagoscopie fut appliquée dans un but diagnostique, l'opération a brillamment réussi, alors même que le résultat est demeuré négatif. L'introduction du tube œsophagoscopique n'a provoqué aucun incident.

Pendant les vingt-quatre heures qui suivent l'intervention, on recommande aux malades une alimentation liquide froide et l'ingestion répétée d'eau de chaux.

Nos examens ont porté presque exclusivement sur des malades de la consultation externe et jamais nous n'avons dû hospitaliser un sujet ayant été soumis à l'œsophagoscopie ; les troubles se bornaient à une légère sensation de chaleur et de brûlure le lendemain de l'examen et parfois un peu de gêne à la déglutition.

J'espère que ces lignes consacrées à l'œsophagoscopie appliquée au diagnostic objectif des lésions œsophagiennes, joindront à leur modeste mérite clinique, le mérite d'encourager nos confrères à mettre couramment en pratique une méthode aussi inoffensive[1].

1. Dans la discussion qui suivit notre communication, le prof. Gradenigo déclara qu'il ne partageait pas nos vues sur la simplicité et l'innocuité de l'intervention, et il rapporta plusieurs observations personnelles dans lesquelles les malades durent être condamnés au repos. Heureusement nos malades ont échappé à cet ennui, mais les conseils de l'éminent professeur nous feront redoubler de prudence pour intervenir.

VII

DE L'OSSILECTOMIE DANS LA CURE RADICALE DE L'OTORRHÉE

Par **P. BRUNEL**
Chirurgien auriste de l'Hôpital de Versailles.

Depuis une dizaine d'années notre spécialité, sous l'influence de maîtres hardis, s'est développée d'une façon particulièrement brillante. L'École de Lariboisière a fait plus à elle seule que tous les spécialistes et donné l'exemple suivi par nombre de ses élèves. Sous son influence, les timides interventions des anciens spécialistes ont cédé le pas aux grands traumatismes opératoires, l'ossilectomie a disparu ou presque, devant l'évidement pétro-mastoïdien, l'antrotomie simple est remplacée par une véritable mastoïdectomie.

Il ne faut cependant pas exagérer et abandonner quelques interventions qui méritent de figurer encore dans nos traités spéciaux. Tout en étant chirurgiens, nous devons rester surtout spécialistes. Aussi, croyons-nous, que l'ossilectomie tentée dans la cure radicale de l'otorrhée ne mérite pas le dédain de quelques-uns et la disgrâce dans laquelle cette intervention est tombée depuis quelques années. C'est à grand tort qu'on ne la pratique plus ou peu, elle doit, à notre humble avis, être la première étape dans le combat que le spécialiste d'abord, le chirurgien ensuite, va livrer à une vieille suppuration de l'oreille. Ses indications sont précises, sa technique simple, ses risques nuls, ses résultats quelquefois inespérés.

Une otorrhée, aussi ancienne soit-elle, peut et doit guérir, quand les lésions anatomo-pathologiques sont localisées à la caisse du tympan, seule partie accessible par les voies naturelles. Il n'est pas toujours facile de délimiter exactement l'étendue des lésions, cependant l'absence de douleurs spontanées ou provoquées au niveau de l'antre, de la pointe ou du bord postérieur de la mastoïde, sera en faveur de l'intégrité des cavités accessoires de l'apophyse. Une perforation de la membrane de Schrapnell, avec ou sans bourgeons charnus sortant de la caisse, pus épais et nauséabond, fera poser le diagnostic de carie de la tête du marteau ou de l'enclume. Une injection pratiquée dans la direction de l'attique renseignera, par la présence de lamelles nacrées, sur l'existence d'un cholestéatome toujours possible. L'examen doit toujours être méthodique, la caisse explorée dans toutes ses parties avec un fin stylet d'argent. Cette exploration, facile dans les destructions complètes du tympan, donnera des renseignements moins absolus quand on se trouvera en présence d'une perforation limitée à la Schrapnell, par exemple ; encore

sera-t-il aisé d'introduire un stylet en haut et en arrière pour explorer l'attique, découvrir les points d'ostéite ou de cholestéatome. Il faut bien reconnaître néanmoins que les lésions les plus simples sont les plus fréquentes et que, fort heureusement pour les malades, toutes les otorrhées ne sont pas fonction de cholestéatome ou d'ostéite profonde, ces lésions se révèlent toujours un jour ou l'autre par des symptômes aigus si intenses que l'intervention radicale s'impose d'emblée sans discussion. En général les plus vieilles otorrhées, même celles qui de prime abord paraissent graves, et semblent exposer le malade aux pires complications sont presque toujours entretenues par une lésion ostéitique de la chaîne des osselets.

En résumé, toute otorrhée, ne s'accompagnant pas de douleurs spontanées ou provoquées au niveau de la mastoïde, n'étant pas fonction de cholestéatome sera d'abord traitée par une ossilectomie.

Cette intervention décrite dans tous les traités classiques, consiste dans l'exérèse des reliquats du tympan et d'une partie de la chaîne des osselets (marteau et enclume). On la pratique le plus souvent sous anesthésie locale au mélange de Bonain, de Brest. C'est une intervention longue si on la conduit comme nous l'entendons, aussi le chloroforme est-il quelquefois indiqué chez les malades pusillanimes et nerveux.

1er temps. Libération du tympan. — Si le tympan existe avec une petite perforation marginale, on le circonscrit par une incision qui, partant de la perforation suit en rasant le bord du cercle tympanal pour rejoindre la perforation au pôle opposé. L'incision contournant le manche du marteau est complètement inutile. C'est le temps douloureux de l'intervention, le revêtement épithélial du tympan rendant incomplète l'anesthésie. Les autres temps peuvent être exécutés sans douleur.

2e temps. Extraction du tympan et du marteau. — Le tympan, ainsi libéré, se rétracte au niveau du manche du marteau auquel il adhère.

Pas besoin, comme il est décrit, de sectionner le tendon du muscle tenseur du marteau et ses ligaments. Une curette fenêtrée assez large prend manche et tympan dans sa fenêtre, on exécute alors des mouvements de bascule d'avant en arrière et de haut en bas, mouvements assez énergiques pour détacher le manche de ses adhérences et le luxer de son articulation incudo-malléale, assez limités pour éviter une fracture. Marteau et reliquats du tympan sont extraits en un temps.

3e temps. Extraction de l'enclume. — L'enclume est alors recherchée en haut et en arrière derrière le mur de la logette

avec la curette de Kretschmann ; les crochets de Ludwig ne sont pas indispensables. Il est important de ramener cet osselet souvent atteint d'ostéite et qui peut, par la suite, prolonger la suppuration. Il est d'ailleurs assez facilement extrait de sa niche.

La curette de Kretschmann, cavité dirigée en bas, est introduite derrière le mur de la logette, on donne au manche de l'instrument des mouvements de rotation de droite à gauche pour le côté droit de la tête et inversement, ce qui communique à la curette des mouvements de haut en bas, l'enclume est ainsi luxée de son articulation incudo-stapédale et extraite.

4e temps. Résection du mur de la logette. — La caisse n'est pas encore accessible dans toute son étendue, le mur de la logette dérobe au regard et à la curette tout le récessus épitympanique. Il faut en abattre le plus possible, ce qui est vite et facilement exécuté avec l'ostéoclaste de Gellé sans crainte pour le facial.

5e temps. Curetage de la caisse. — L'intervention ne doit pas s'en tenir à cette ostéotomie. Il est absolument nécessaire non seulement de cureter, mais encore d'enlever toute la muqueuse de la caisse, même si elle paraît saine.

Nous croyons que les insuccès mis sur le compte de l'ossilectomie sont dus en grande partie à un curetage incomplet. La muqueuse sera donc enlevée dans toutes les parties accessibles, les diverses curettes fenêtrées plus ou moins coudées rendent ce temps facile, mais un peu long.

On ira doucement en haut et en arrière avec les curettes de Kretschmann pour ne pas blesser le facial, accident plutôt rare dans cette intervention. Les paralysies faciales survenant à la suite d'un curetage de la caisse sont rarement définitives, le nerf n'étant toujours que légèrement contusionné.

Dans cette intervention, les soins post-opératoires et pansements auront dans la marche vers la guérison une très réelle importance. Les pansements faits les premiers jours avec des mèches de gaze sèche sont remplacés par des pansements humides avec une solution saturée d'acide picrique dès que la sécrétion diminue et que les parois de la caisse commencent à se recouvrir d'un léger matelas de petits bourgeons secs et adhérents les uns aux autres. L'épiderme envahit et recouvre alors progressivement la paroi interne de la caisse,

C'est à ce moment qu'il faut veiller à ne pas laisser se former des brides entre les diverses parties de la caisse, brides pardessus lesquelles l'épidermisation peut sauter et former des rideaux enfermant quelques bourgeons qui prolongent la suppuration et compromettent la guérison en formant des clapiers.

L'épidermisation à plat de toute cette paroi interne est donc souvent difficile et longue à obtenir, il faut avoir recours à la curette pour réprimer un bourgeon charnu exubérant, un lambeau d'épiderme formant bride et n'adhérant pas aux parties sous-jacentes. Ces cicatrisations vicieuses ont tendance à se produire sur les bords du cercle tympanal, il faut les éviter à tout prix par des pansements compressifs bien tassés et renouvelés tous les jours.

L'ossilectomie ainsi comprise et conduite nous a donné d'assez bons résultats puisque, sur 15 cas, 2 seulement n'ont pas bénéficié d'une complète guérison. Dans un de ces cas nous avons trouvé un cholestéatome, guéri plus tard par la cure radicale ; dans l'autre, nous avons respecté la muqueuse de la caisse qui paraissait saine, le malade non guéri après trois mois de traitement et redoutant une nouvelle intervention n'a pas été revu.

Observation I. — M. M..., 72 ans, Versailles.

Écoulement oreille droite depuis plusieurs années que le malade ne peut fixer. Perforation de la Schrapnell, bourgeons charnus. Pansements et soins médicaux simples pendant un mois, à la suite d'une paralysie faciale, le malade se laisse opérer.

Intervention sous cocaïne en juillet 1905. Durée des pansements, six semaines. Épidermisation complète de la caisse. Le malade revu tous les ans, la guérison s'est maintenue.

Observation II. — M. C..., 30 ans, pharmacien.

Écoulement oreille droite depuis l'âge de 15 ans. Écoulement peu abondant mais nauséabond, avec maux de tête fréquents et vertiges. Perforation dans le cadre postéro-supérieur.

Ossilectomie et curetage de la caisse sous cocaïne en août 1906. Épidermisation totale et guérison radicale, le malade est revu tous les six mois.

Observation III. — M. H..., Saint-Cloud. 12 ans.

Écoulement de l'oreille droite depuis 6 mois, caisse fongueuse.

Ossilectomie sous cocaïne en février 1906. Épidermisation au bout de 8 semaines. Guérison radicale qui s'est maintenue, le malade étant toujours suivi.

Observation IV. — M. de M..., 22 ans, Versailles.

Otorrhée droite depuis l'âge de 7 ans, pus odorant, abondant, large perforation. Ossilectomie en février 1907 (sous cocaïne). Guérison en mai. La malade est toujours revue.

Observation V. — Mlle B..., 26 ans. Versailles, salle Sainte-Sophie, n° 2.

Otorrhée gauche depuis depuis l'âge de 3 ans. Pus abondant et nauséabond, le conduit externe est rempli de masses polypiformes. Intervention sous chloroforme en mars 1908.

Épidermisation totale en mai.

La malade revue dernièrement à la Consultation est restée guérie.

Observation VI. — M. V..., 33 ans, Paris.

Otorrhée gauche depuis l'enfance. Perforation postérieure. Après trois mois de pansements ordinaires, le malade accepte l'intervention qui est conduite sous cocaïne (mars 1908). Guérison complète en 6 semaines. Le malade est revu tous les 2 à 3 mois.

Observation VII. — M. S..., 32 ans, Paris. (Échec.)

Otorrhée gauche depuis l'âge de 12 ans. Pus épais, abondant, nauséabond, perforation de la Schrapnell.

Intervention sous mélange de Bonain à la stovaïne en mai 1908.

La muqueuse de la caisse qui paraît saine est respectée. Après trois mois de pansements, la caisse est toujours fongueuse et le malade nous quitte sans être guéri.

Observation VIII et IX. — Mlle P..., 23 ans, institutrice (Cantal). Otorrhée double depuis l'enfance.

Ossilectomie double en juillet 1907 (sous cocaïne). Épidermisation en 5 semaines. La malade revue au moment des vacances est radicalement guérie.

Observation X. — M. P..., 21 ans, Versailles (salle Saint-Côme).

Otorrhée gauche depuis l'enfance. Ossilectomie sous chloroforme en mars 1907. Guérison par épidermisation qui s'est maintenue.

Observation XI. — M. B., 42 ans, Paris.

Otorrhée gauche depuis l'enfance. Douleurs de tête, vertiges. Pus épais, nauséabond, perforation large dans le cadre postérieur.

Ossilectomie sous chloroforme en mai 1907. Épidermisation longue qui dure 6 semaines. La guérison s'est maintenue.

Observation XII. — M. D..., 40 ans, Paris.

Ossilectomie en janvier 1908 pour otorrhée qui remonte à l'enfance. Épidermisation en cinq semaines. La guérison s'est maintenue, le malade est toujours revu.

Observation XIII. — Mlle M..., 15 ans, Paris.

Otorrhée droite depuis l'enfance consécutive à une scarlatine. Perforation centrale, manche du marteau carié.

Ossilectomie sous cocaïne en février 1908. Épidermisation en 6 semaines. La malade toujours revue est restée guérie.

Observation XIV. — M. M..., 42 ans, Versailles. (Échec.)

Otorrhée droite depuis 5 ans. Perforation de la membrane de Schrapnell, bourgeons charnus.

Ossilectomie sous cocaïne en avril 1908. On trouve un cholestéatome de la caisse, malgré un curetage soigneux ; le malade ne guérit pas, est évidé en septembre.

Observation XV. — Mme L..., 22 ans, Versailles.

Écoulement de l'oreille droite depuis 4 mois, mais récidives fréquentes depuis l'enfance.

Perforation du cadre inférieur avec gros bourgeons charnus.

Ossilectomie sous chloroforme en juin 1908. Épidermisation en 6 semaines. La malade revue dernièrement, la guérison s'est maintenue.

VIII

LES LÉSIONS
DU
LABYRINTHE NON ACOUSTIQUE

Démontrées par des recherches expérimentales et cliniques

(Suite.)

Par le Professeur **A. TORRETTA** (de Gênes),
Docteur ès sciences et docent de Clinique oto-rhino-laryngologique
à l'Université Royale de Rome.

IV

Lésions du labyrinthe (non acoustique) consécutives à des otites moyennes catarrhales chroniques, à la sclérose auriculaire et à des suites d'otites moyennes suppurées chroniques.

Politzer, Bezold, Siebenmann, Habermann, Scheibe, Jörgen Möller, Denker et d'autres auteurs ont consacré récemment d'importantes études à la sclérose auriculaire. Sur la paroi labyrinthique de la caisse, sur les contours des fenêtres, puis sur divers autres points de la capsule osseuse du labyrinthe, on distingue des foyers d'ostéite circonscrite, qui, d'après les recherches de Politzer, confirmées par Jörgen Möller [1] et d'autres auteurs, entraîneraient la destruction de l'os normal, qui serait remplacé par un tissu osseux néoformé, compact au début, mais qui deviendrait ensuite poreux par l'effet de l'absorption de la substance osseuse, ainsi qu'on l'observe pour les os normaux, quand sous l'action des ostéoclastes ils ont atteint leur complet développement. En effet, aux endroits où le processus est moins récent, on voit de nombreux espaces médullaires bourrés de cellules géantes à noyaux nombreux. Ces trajets ostéitiques se colorent d'une manière plus intense que l'os sain à l'hématoxyline.

C'est par un mécanisme double que l'oreille interne peut présenter des lésions secondaires consécutives à ces altérations morbides.

Avant tout, ces foyers ostéitiques siégeant sur un point quelconque de la capsule labyrinthique, on peut les rencontrer au-dessus du vestibule d'un canal semi-circulaire ; la

1. Les maladies de l'oreille interne consécutives aux otites moyennes suppurées (*Arch. de Laryngol.*, 1904).

paroi osseuse s'altère et les ostéophytes envahissent l'espace périlymphatique et l'obstruent sur des trajets plus ou moins étendus, ainsi que je l'ai fréquemment constaté à l'examen microscopique. C'est une véritable paralabyrinthite non suppurée (cf. paralabyrinthite suppurée).

Une autre cause de lésions labyrinthiques consécutives à l'oto-sclérose réside dans l'immobilisation de l'étrier qui entraîne des hypérémies passives et actives, des hémorragies, des dégénérescences neuro-épithéliales du labyrinthe et des filets nerveux de la VIII[e] paire par inertie fonctionnelle, que l'on observe du reste dans deux autres formes morbides, ne ressemblant nullement à la sclérose auriculaire au point de vue clinique, mais qui peuvent engendrer l'ankylose de l'étrier par la périostite ossifiante circonscrite ou par la formation de synéchies sur les fenêtres, nous voulons parler de l'otite moyenne catarrhale chronique et des suites de l'otite moyenne suppurée chronique.

Si les menues altérations anatomo-pathologiques du labyrinthe osseux et membraneux ont fait l'objet de patientes études au point de vue de l'otosclérose, elles n'ont été encore que peu considérées dans les formes consécutives à l'ankylose de l'étrier survenue à la suite des otites moyennes catarrhales ou suppurées chroniques. Ferreri attira l'attention sur ce sujet, dans un remarquable travail sur les pyolabyrinthites, dont se sont certainement inspirés la plupart des auteurs qui ont traité la question.

La preuve qu'il reste encore beaucoup à faire est démontrée par la discorde qui règne à propos de l'identité des deux formes morbides : otite moyenne catarrhale chronique et sclérose auriculaire.

Les auteurs anciens soutenaient que l'ostéite circonscrite de l'otosclérose dépendait d'une altération osseuse primitive, de sorte que la sclérose de l'oreille était distincte de l'otite moyenne catarrhale chronique et considérée comme une entité nosologique.

Des auteurs plus modernes, parmi lesquels Habermann et Scheibe [1] déclarent que les deux formes sont des stades d'une même entité morbide, l'otite moyenne catarrhale chronique. Ils basent leurs opinions sur l'existence de foyers d'ostéite (identiques à ceux que l'on voit dans l'otosclérose) au cours d'otites moyennes catarrhales chroniques simples et même consécutivement aux otites moyennes suppurées chroniques.

Plus récemment, Jörgen Möller [2] s'appuyant sur un cas

1. *Verhandl. der Deuts. Otol. Gesells.*, p. 175 et 182, 1901.
2. Comm. au Congrès Intern. d'Otol., Bordeaux, 1904.

typique très soigneusement étudié au point de vue histologique, se montre partisan convaincu de la forme indépendante de la sclérose auriculaire.

Tout en n'émettant pas une opinion formelle, Denker [1] est plutôt favorable à l'idée de Möller.

J'ai tenté des expériences, mais je n'ai obtenu aucun des résultats encourageants que j'avais recueillis dans les pyolabyrinthites expérimentales, attendu qu'il ne s'agit pas là d'étudier les altérations du labyrinthe membraneux (qui, chez les animaux servant aux expériences, présente de grandes analogies et parfois des identités anatomiques avec le labyrinthe humain), mais les fines altérations du tissu osseux périlabyrinthique. Les lapins, les chiens et tous les animaux réservés aux expériences ont un tissu osseux périlabyrinthique dont la disposition et la structure diffèrent trop de celui de l'homme ; par exemple, l'antre et les cellules mastoïdiennes sont remplacés par une cellule unique (bulle périotique).

C'est pourquoi sur deux lapins et deux cobayes chez lesquels je tentai de fixer l'étrier en comprimant la partie interne de la membrane avec de la paraffine (qui remplissait la totalité de la bulle) ou en bourrant le conduit osseux tout contre la membrane, j'obtins, à l'examen histologique de la capsule osseuse du labyrinthe, des résultats qui ne méritent pas d'être rapportés. Sur un lapin blanc, pesant quatre cent cinquante grammes, je vis des altérations histologiques légères correspondant à la macule de l'utricule et consistant en une petite infiltration parvicellulaire du tissu connectif sous-épithélial. Les éléments épithéliaux présentaient souvent un protoplasma chargé de granulations minuscules, cachant parfois le noyau (dégénérescence torpide analogue à celle que l'on observe au cours des inflammations) : comme altérations du labyrinthe non acoustique, je n'en relevai que du côté des ampoules, outre des trajets hypérémiés et la formation de substance hyaline sur certains points de l'espace endolymphatique (utricule et saccule).

Du reste, attendu qu'il est avéré que les lésions primitives attaquent la capsule osseuse du labyrinthe et qu'aucun animal ne présente la même structure que l'homme pour cette région, c'est uniquement sur l'homme malade que devront se concentrer les recherches. Toutefois il est difficile de se procurer des temporaux d'individus affectés de sclérose auriculaire typique, la plupart succombant d'ordinaire à des maladies ne ressortissant

1. *Die Otosklerose*, Bergmann, éditeur, Wiesbaden, 1904.

pas à la spécialité ; les auteurs que j'ai cités ont pourtant tous observé des cas d'otosclérose diffusée au labyrinthe, mais malheureusement, nous n'avons pu jusqu'ici examiner en temps opportun, le temporal d'un sujet atteint de cette maladie.

Dans un récent article sur l'*otosclérose*, Habermann [1] soutient que les lésions osseuses relevées au cours de cette affection, tandis qu'elles présentent un caractère d'ancienneté évident à la périphérie de la fenêtre ovale, semblent histologiquement toujours plus récentes, au fur et à mesure que l'on approche de l'endostium labyrinthique : *presque jamais* on ne voit le labyrinthe membraneux envahi.

Dans la clinique, ce sont plutôt des cas de labyrinthisme que de labyrinthite vraie, que l'on observe chez les malades atteints de sclérose originaire du labyrinthe non acoustique : ce sont plutôt des troubles d'orientation subjectifs (vertiges) que de l'équilibre statique et dynamique : leur caractère transitoire dénote des altérations passagères de la circulation plutôt que de véritables lésions anatomiques du labyrinthe non acoustique et de son appareil nerveux.

Étant donnés les résultats de l'examen fonctionnel de l'audition, on devrait surtout rencontrer des lésions anatomiques du limaçon, mais ce point demande à être étudié au point de vue clinique et histologique. Sur ce sujet, on fera bien de consulter les recherches récentes de Wittmaack [2] qui examina le labyrinthe dans les otites moyennes non suppurées, et trouva que même lorsque le nerf acoustique est atrophié, la branche vestibulaire et l'appareil circulatoire sont presque toujours indemnes et que le nerf cochléaire est le siège de toutes les altérations. On n'a jamais observé cliniquement l'altération inverse du rameau vestibulaire et l'intégrité de la branche cochléaire.

L'auteur explique cette vulnérabilité élective en comparant les fibres cochléaires de la VIII[e] paire avec celles qui sont destinées au muscle postérieur et comprises dans le récurrent. Politzer avait déjà signalé ce phénomène et rappelé que le rameau cochléaire et son ganglion sont situés dans un tissu osseux nourri par des artères terminales du type Cohnheim : ces artères peuvent s'oblitérer par la compression du tissu osseux néoformé, et l'oblitération est difficilement réparable. Dernièrement Escat [3] a soutenu que l'oblitération de l'artère cochléaire se produit dans les formes purulentes de nécrose du limaçon.

1. Habermann. *Archiv. f. Ohrenh.*, Bd. 20, 1 u. 2, novembre 1903.
2. *Zeits. f. Ohrenh.*, Bd. 2 u. 4.
3. *Loc. cit.*

Jusqu'ici, on a rencontré peu de lésions à l'examen histologique du labyrinthe non acoustique ; il s'agit presque toujours de l'immobilisation de l'étrier, de l'accroissement de pression du liquide labyrinthique, de troubles circulatoires, d'hémorragies, d'une accumulation de transsudat dans l'espace périlymphatique comprimant le labyrinthe membraneux, d'atrophies de l'épithélium et plus rarement des rameaux vestibulaires, atrophies imputables à l'inaction fonctionnelle.

Pour expliquer les troubles de l'équilibre décrits par Bezold et Hartmann et que Denker observa chez 5 % de ses malades et Panse sur 9,5 % de scléreux, Habermann suppose, mais sans se baser sur des recherches histologiques, que la lésion, et probablement l'invasion des canaux et de leurs ampoules, est provoquée par le tissu spongieux néoformé.

Siebenmann[1] croit aussi à la formation de foyers de tissu spongieux au voisinage de l'endostium qui sépare l'os de la cavité péri-lymphatique. La rupture de l'endostium produirait le syndrome de Ménière. Il se pourrait aussi que les manifestations labyrinthiques non acoustiques dépendissent d'une lésion de l'os environnant les filets nerveux vestibulaires.

Bonnier propose une classification des labyrinthites chroniques qui tout en contenant de bonnes parties, me semble inacceptable, vu qu'elle est incomplète. Il adopte la division de labyrinthites *à type vasculo-interstitiel* avec sclérose ou athérome des parois vasculaires et membraneuses : labyrinthites à *type épithélial* avec dégénérescence épithéliale membraneuse labyrinthites toxiques ou mécaniques dues à des lésions primitives de l'appareil de filtration avec lésions vasculo-endothéliales. Mais dans laquelle des trois catégories, rangerons-nous la labyrinthite d'origine otosclérotique que nous venons de décrire et qui est la plus fréquente ?

Ici les lésions vasculaires et neuro-épithéliales se manifestent à la suite de celles de la capsule osseuse para-labyrinthique, et l'on hésite à déclarer si ces dernières sont primitives ou secondaires. Il nous semble injustifié aussi de séparer les labyrinthites toxiques des formes épithéliales, vu l'importance des altérations épithéliales dans les labyrinthites toxiques.

L'épithélium labyrinthique est baigné d'un exsudat (endolymphe) dans lequel peuvent passer les toxines circulant dans le sang soit bactériennes, soit chimiques (nicotine, alcool, quinine, salycilates, plomb, etc.), léser les éléments constituant l'épithé-

1. *Handb. d. Path. Anat. des Ohres.*

lium nerveux et provoquer des phlogoses et des dégénérescences ; de plus ces poisons peuvent également exercer une action nocive sur les troncs nerveux.

Chapitre III.

Lésions dégénératives.

Ces lésions se rencontrent très fréquemment dans le labyrinthe non acoustique, surtout dans la région neuro-épithéliale ; elles se manifestent secondairement à tous les processus phlogistiques aigus et chroniques de la caisse du tympan, à la suite d'hémorragies et d'hypérémies graves, de traumatismes, au cours de maladies générales entraînant des troubles durables de la circulation (affections cardiaques non compensées, néphrites chroniques, leucémie, maladies infectieuses, etc.). Parfois on observe des dégénérescences épithéliales des crêtes et des macules (associées ou non à des altérations plus ou moins prononcées de l'organe de Corti, etc.) consécutivement à des empoisonnements chimiques (quinine absorbée à petites doses continues, tandis que les doses massives provoquent des hémorragies) ou à des intoxications provoquées par les toxines bactériennes existant dans la cavité tympanique ou y évoluant ; enfin on a décrit récemment des cas où probablement la dégénérescence épithéliale primitive était due à un empoisonnement par les ptomaïnes (*bacillus botulinus* décrit par Van Hermangen) [1].

L'épithélium nerveux des crêtes et des macules, de même que tous les éléments nettement différenciés, dégénère extrêmement rapidement aussi en lésions limitées au labyrinthe, d'où la surdité précoce et tenace qui succède aux diverses lésions labyrinthiques.

Il peut se faire que nombre de malades porteurs d'affections du labyrinthe non acoustique avec syndrome de Ménière et troubles de l'équilibre persistant les yeux fermés, avec ou sans accompagnement de surdité, mais présentant d'autres phénomènes, tels que réflexes oto-oculaires, vertiges, etc., puissent être rangés dans la catégorie des névrites toxiques du nerf vestibulaire. Quelquefois la dégénérescence tire son origine des centres nerveux (dans notre cas, elle prenait naissance dans les noyaux du nerf vestibulaire) et la *lésion fonctionnelle* du labyrinthe non acoustique est due à cette seule lésion.

Toutefois Habermann a observé la dégénérescence du nerf

1. Sohier Bryant. *Amer. Soc. of Otol.*, Boston, mars 1905.

acoustique depuis les noyaux du centre jusqu'à ses origines dans l'épithélium labyrinthique.

On sait que Pierre Bonnier a signalé les rapports existant entre le tabès dorsal et le tabès labyrinthique, et considérant la huitième paire comme une racine spinale postérieure, le ganglion auriculaire (ganglion de Scarpa et ganglion de Corti réunis) comme un ganglion intervertébral et les noyaux d'origine de la huitième paire comme le prolongement de la corne postérieure de la moelle épinière (dont précisément le noyau de Bechterew et le dorsal interne constitueraient la base, le noyau de Deiters, la colonne de Clarke, le noyau antérieur et le tubercule acoustique du nerf cochléaire en représenteraient la tête) ; au point de vue anatomique, la comparaison est parfaite. Il faut naturellement, pour que les formations labyrinthiques homologues à celles des cordons postérieurs divergent en tout sens, découvrir les altérations imputables au tabès labyrinthique, réunies comme dans le tabès dorsal, dans les cordons postérieurs de la moelle et diffusées aux différents noyaux d'origine des nerfs labyrinthiques (Bonnier).

Wittmaack cite [1] plusieurs observations de malades chez lesquels un syndrome vestibulaire (associé ou non à des troubles auditifs) décela un tabès ignoré. Sur vingt-quatre tabétiques, Marie et Walton relevèrent dix-sept cas de vertiges et des troubles auditifs fréquents [2].

Tous les auteurs précités se bornent à décrire, et souvent confusément les altérations histologiques des nerfs vestibulaires dégénérés, ils passent sous silence les altérations dégénératives épithéliales des crêtes et des macules.

Ces dégénérescences sont dues vraisemblablement à l'atrophie consécutive à l'inaction produite par la destruction des troncs nerveux centripètes.

Nous rappellerons que le ganglion vestibulaire (ganglion de Scarpa et de Böttcher) est formé par des cellules bipolaires dont le prolongement protoplasmatique ou cellulipète provient des macules et des crêtes, le prolongement de l'axe cylindrique se dirige vers les noyaux centraux du nerf vestibulaire. Il est naturel que la lésion centrale entraîne la dégénérescence et l'atrophie consécutive de l'épithélium labyrinthique correspondant, de même que Stefani et Deganello [3] ont démontré le phénomène

1. *Zeits. f. Ohr.*, Bd. 4, n° 2.
2. Bonnier. *Pathol. de l'oreille*, page 131.
3. Stefani. Atti del Regio Istituto Veneto di Scienze, Lettere ed Arti, 1903-1995. Deganello. *Archives de Biologie de A. Mosso*, 1906.

inverse à la suite de la destruction du labyrinthe non acoustique (lésions des noyaux d'origine du nerf vestibulaire et des cellules cérébelleuses de Purkinje).

Les dégénérescences les plus fréquentes des cellules épithéliales du labyrinthe non acoustique sont les mêmes que celles que l'on rencontre dans les autres épithéliums, depuis le *gonflement torpide* jusqu'à la *dégénérescence graisseuse* à laquelle succède l'atrophie de la nécrose épithéliale : ces formes se rencontrent toujours dans les processus phlogistiques aigus et chroniques, dans les compressions provoquées par les exsudations, existant dans l'espace périlabyrinthique et comprimant le plus souvent *la totalité* des canaux membraneux ; ou bien la compression s'exerce pour des raisons diverses sur les petits filets nerveux intraépithéliaux très ténus par la compression qui de l'extérieur s'étend aux canalicules osseux qu'ils parcourent, soit par des troubles circulatoires ; alors l'épithélium dégénère aussi graduellement par atrophie, les cellules épithéliales offrent des contours vagues, le protoplasma est envahi par des granulations ou des globules de graisse, noyaux se colorant malaisément et fragmentés ; souvent toute la cellule épithéliale perd sa forme primitive et assume celle à laquelle la condamne l'espace restreint ; enfin on ne distingue plus que des restes informes et incolores du corps cellulaire.

Les cellules épithéliales sont légèrement hypertrophiées, parsemées de granulations (albuminoïdes ?) minuscules, qui ramollissent le protoplasma et masquent le noyau. A une période plus avancée, le noyau se regonfle aussi et disparaît en même temps que l'on voit surgir dans les cellules des gouttelettes grasses ; alors se manifeste la dégénérescence graisseuse dont le gonflement torpide est considéré comme le stade préliminaire. La dégénérescence graisseuse attaque non seulement les cellules neuro-épithéliales des crêtes et des macules et l'épithélium subsistant du revêtement des canaux et du vestibule, mais elle affecte également les éléments cellulaires qui se rencontrent dans les exsudats phlogistiques, cellules blanches issues des vaisseaux et cellules purulentes. On observe plus rarement les *dégénérescences muqueuse* et *hydropique*.

La *dégénérescence amyloïde*, signalée d'abord par Forster, puis par Voltolini, Politzer, Lucae et d'autres auteurs est plus grave. D'après De Rossi[1], on constaterait la réaction chimique des corps amylacés, non seulement dans les grandes ramifica-

1. *Trattato di Otoiatria*, 2ª edizione, page 526.

tions, mais aussi dans les filets qui se distribuent aux ampoules, les sachets vestibulaires et la lame spirale ; ici encore, la dégénérescence atteint la substance fondamentale de l'appareil vasoconnectif ; dans les états cachectiques, tels que syphilis, tuberculose, leucémie, etc., on l'observe simultanément avec la dégénérescence des organes affectés primitivement (moelle, foie, reins et intestins). En tout cas, lorsqu'il existe une dégénérescence amyloïde, outre la réaction iodo-iodurée, on aura recours à la coloration au violet de méthyle qui rougit les parties malades, surtout si l'on traite ensuite les coupes avec une faible solution d'acide acétique.

On prendra en considération la formation de la substance et du tissu hyalins que nous avons signalée à propos des phlogoses labyrinthiques. Mais la substance hyaline n'a rien de commun avec la véritable dégénérescence hyaline (ou vitreuse) qui siège dans le tissu connectif et les petits vaisseaux et se rencontre parfois dans les glomérules des reins, la glande thyroïde, la rétine, etc. Par leur transparence, les tissus dégénérés ressemblent à ceux qui sont frappés de dégénérescence amyloïde, mais ils n'ont pas la même réaction caractéristique ; de plus, la dégénérescence hyaline n'a qu'une importance localisée ; elle précède souvent l'infiltration de sels calcaires. Dans la dégénérescence hyaline, il semble qu'un corps albuminoïde se sépare du sang, imprègne les tissus et s'y coagule. Cette genèse diffère donc de celle de la substance hyaline décrite dans les labyrinthites, qui, d'après Recklinghausen proviendrait de la sécrétion ou de la dégénérescence des cellules épithéliales.

Chapitre IV

Lésions néoplasiques.

Bien que rarement, il arrive que l'on observe des néoplasmes dans le labyrinthe non acoustique. Jamais je n'ai vu citer de néoplasme labyrinthique primitif ; généralement ce sont des tumeurs propagées du voisinage, surtout du crâne, à travers le foramen auditif interne (gliomes, sarcomes, ostéosarcomes et fibrosarcomes) ou la caisse du tympan (épithéliomes). Pour me borner aux cas récents, je dirai que Panse [1] rapporte une observation de gliome de l'acoustique qui envahit le labyrinthe par la base du limaçon et détruisit les ampoules et les canaux pour pénétrer ensuite dans la caisse du tympan en respectant les

1. *Arch. f. Ohrenh.*, Bd 61, H. 3 u. 4.

aqueducs. L'épithélioma de l'oreille interne est généralement originaire de l'oreille moyenne et formé d'un épithélium squameux ou d'une métaplasie de l'épithélium cylindrique de la caisse ou de la couche externe de granulations polypoïdes (Kretschmann, Kuhn) ou encore de l'épithélium du conduit qui envahit l'oreille moyenne et subit la métamorphose cancéreuse (Zeroni).

Gradenigo [1] a décrit un cas de cancer qui après avoir détruit entièrement le pavillon, l'oreille externe et moyenne, avait entraîné des lésions étendues du labyrinthe non acoustique (destruction complète des canaux membraneux, de l'utricule et du saccule); les cavités osseuses renfermaient du pus, mais sans que l'infiltration cancéreuse y pénétrât.

Voilà donc un fait acquis. Le carcinome des régions voisines n'envahit pas toujours la cavité labyrinthique, mais comme dans la plupart des cas de labyrinthites consécutifs à des otites scarlatineuses ou à des otites moyennes tuberculeuses, les diverses lésions de la caisse se bornent à la destruction plus ou moins étendue des barrières osseuses et membraneuses qui défendent le labyrinthe; ni l'infection spécifique, ni l'élément néoplasique ne pénètrent par ces voies, ce sont au contraire les bacilles pyogéniques et autres qui proviennent des parties voisines. Dans deux observations de Manasse [2] les destructions labyrinthiques étendues provenaient aussi plutôt de la suppuration que de l'invasion du néoplasme.

J'ai examiné dans la collection de pièces anatomo-pathologiques du musée de la Clinique otologique de Rome, deux cas d'épithélioma de l'oreille. Sur l'un d'eux, malgré que la pièce ait séjourné trop longuement dans l'alcool, j'ai pu recueillir quelques fragments de labyrinthe dans lesquels j'ai trouvé des éléments de néoplasme de l'oreille interne, contrairement à ce qui a été observé par les auteurs précités.

Donc dans la majeure partie des cas de tumeurs malignes des régions voisines, il semblerait que le labyrinthe non acoustique dût être envahi, soit à travers l'aqueduc vestibulaire, à travers la fenêtre ovale, par la *saillie du canal semi-circulaire horizontal et supérieur*, par le canal translabyrinthique, et on ne rencontre pas dans la littérature un seul cas où l'on puisse prouver la pénétration des éléments néoplasiques dans la cavité labyrinthique. Il est probable toutefois que le fait s'est

1. IV[e] Congrès intern. d'otol., Londres, 1899, p. 238 des comptes rendus.

2. VII, *Versamml. der otol. Gesells.* Fischer, éditeur, Iéna, 1898, p. 109.

produit, dans notre cas, bien que les lésions aient entraîné de tels délabrements que la pyramide soit presque totalement détruite. Mais ce fait isolé ne permet pas de porter un jugement définitif sur les tumeurs labyrinthiques qui, d'ordinaire, ne se découvrent qu'accidentellement au cours d'une autopsie.

Certaines tumeurs de nature connective (névromes, sarcomes, psammomes, gliomes, etc.) originaires de l'espace intermédiaire entre le cervelet, la moelle épinière et le pont, peuvent envahir le labyrinthe. Ces tumeurs cheminent souvent avec les nerfs qui pénètrent dans le conduit auditif interne et atteignent par cette voie les cavités labyrinthiques. Au point de vue clinique, l'attention est parfois attirée par l'accroissement rapide de la pression intracranienne et par la pression intralabyrinthique qui, par la voie de l'aqueduc vestibulaire, peut comme dans certains cas d'hydrocéphalie grave, entraîner la rupture de la fenêtre ronde. On peut ajouter aussi les troubles du labyrinthe non acoustique provenant de l'insuffisance (troubles de l'équilibre) ou de l'irritation (vertige, nystagmus) de l'épithélium et des troncs nerveux de la VIII[e] paire. Si le néoplasme siège dans la cavité labyrinthique, nous observerons rarement des manifestations isolées du labyrinthe acoustique ou du limaçon et en tout cas, ces phénomènes surviendraient lors de l'apparition de la tumeur ; lorsque cette dernière occupe le conduit auditif interne, la lésion fonctionnelle vestibulo-canaliculaire s'associera à la lésion cochléaire.

Chapitre V

Lésions provenant des vices de formation

(Lésions congénitales.)

Tandis que les lésions dues à des vices de conformation du pavillon ont fait l'objet de nombreux travaux, jusqu'à ces derniers temps, on s'est fort peu occupé des malformations labyrinthiques. Moos a été un des premiers à examiner à ce point de vue l'oreille des sourds-muets ; de nombreux auteurs l'ont suivi dans cette voie parmi lesquels nous citerons Voltolini, Mygind, Kreidl, et plus récemment Siebenmann, Schwartze, Alexander, etc. Leurs recherches ont abouti à ce que les vices de développement embryonnaire du labyrinthe doivent être distingués de ceux de l'oreille moyenne et interne, par le fait d'une certaine indépendance d'origine de ces deux parties. En effet, on sait que le pavillon se développe aux

dépens de six tubercules auriculaires existant à la périphérie de la première fissure branchiale, dont trois proviennent de l'arc supérieur du maxillaire inférieur et trois de l'arc inférieur de l'os hyoïde (les trois tubercules mandibulaires et les trois tubercules hyoïdiens) ; la membrane tympanique est formée par la membrane obturatrice gélatiniforme de la susdite fissure branchiale, le conduit auditif externe par les parois internes des tubercules, tandis que la trompe et la caisse du tympan émergent du sinus tubo-tympanique dépendant du pharynx. Nous avons déjà vu que le développement de la vésicule auditive est indépendant de toutes ces régions, puisque cette vésicule apparaît au-dessous de la première fissure branchiale sur les côtés du cerveau postérieur, bien que toujours aux dépens de l'ectoderme. Les lésions congénitales rencontrées dans le labyrinthe non acoustique, sont l'aplasie des canaux totale ou partielle ; le vestibule est plus rarement attaqué, mais on observe souvent l'oblitération de la cavité endolymphatique par du tissu fibreux et osseux, identiquement à ce qui se produit à la suite de lésions traumatiques et inflammatoires. Il semblerait donc que les processus traumatiques ou phlogistiques tirent leur origine de l'utérus maternel et s'y développent. Ce serait un champ d'études vaste et intéressant.

N'ayant pas eu l'occasion d'examiner des temporaux d'enfants affectés de lésions congénitales du labyrinthe non acoustique, j'ai fait des recherches sur les animaux tels que les souris dansantes japonaises qui ont déjà servi à beaucoup d'expérimentateurs modernes dont les opinions sont très divergentes. Malheureusement je ne pus me procurer que deux de ces animaux au Jardin Zoologique de Rotterdam, et il m'en parvint un seul, l'autre ayant succombé pendant le voyage. Sur plusieurs coupes microscopiques, on distingue à côté d'autres canaux semi-circulaires sectionnés transversalement et perméables, un canal dont l'orifice est oblitéré par du tissu granuleux ; de même on peut voir sur la planche IV annexée à ce travail, un canal semi-circulaire de lapin dans lequel j'injectai à travers la fenêtre ovale une culture de staphylocoques. Mes résultats confirment ceux que Rawitz, cité par E. de Cyon, obtint sur les mêmes animaux. Toutefois cette unique expérience ne m'autorise pas à tirer des conclusions définitives, d'autant plus que la question est toujours controversée.

Pour Kishi[1] le mouvement circulaire des souris dansantes

1. *Année biologique* de Yves Delage, 1902.

japonaises proviendrait d'un mouvement capricieux de l'animal attribuable à ce que ses aïeules vivaient dans des cages étroites, mais on pourrait objecter à cette assertion que les souris blanches élevées en captivité dans des conditions analogues n'effectuent pas les mêmes mouvements circulaires. Alexander et Kreidl [1] ont remarqué chez ces souris, une atrophie de la branche nerveuse de la VIII[e] paire qui caractérise leur labyrinthe, mais aucune anomalie dans la disposition des canaux. Mon expérience personnelle concorde avec les observations de Rawitz et de Cyon sur l'altération de l'appareil circulaire de ces animaux : nos résultats sont d'accord au point de vue biologique ; en effet, les troubles moteurs des souris japonaises peuvent se comparer avec ceux que présentent les grenouilles et les lapins après la destruction de deux canaux et un peu avec ceux d'animaux qui ne possédant que deux canaux ne peuvent cheminer en ligne droite (*Petromyzon fluviatilis*).

(*A suivre.*)

1. *Arch. f. Ohrenh.*, 1901.

IX

SUR LE DIAGNOSTIC PRÉCOCE ET SUR LE TRAITEMENT DU CANCER LARYNGÉ

(Fin).

Par **S. M. BOURACK** (de Charcoff).
[Traduction par Michel de Kervily, de Paris.]

II. — Résection partielle du larynx.

Cette opération a été pratiquée assez rarement dans ces dernières années.

Dans la statistique de Sendziak nous avons 110 cas dans la statistique de 1886 et 222 cas dans la deuxième statistique de 1907.

Les résultats ont été les suivants :

	Stat. de 1886.	Stat. de 1899.	Stat. de 1907.
Guérison complète....	10,9 °/₀	13,9 °/₀	12,0 °/₀
Guérison relative.....	11,8	10,0	9,1
Récidives.....	28,2	31,0	33,0
Mortalité.....	26,3	21,0	21,0

Gluck [1], sur 35 résections partielles du larynx a eu trois décès, c'est-à-dire presque 10 °/₀. Par conséquent, à la suite de la résection partielle, il y a eu un nombre plus grand de décès qu'à la suite de l'ablation totale.

Goris, dans quatre de ses cas, a obtenu les résultats suivants : Dans un cas, la mort eut lieu au bout de 18 mois après l'opération. Dans un autre cas, au bout de 20 mois. Dans le troisième, au bout de 5 mois. Dans le quatrième, enfin, il y eut récidive au bout de 7 mois.

Actuellement, un grand nombre de chirurgiens ont restreint jusqu'au minimum les indications pour cette opération. Mintz, par exemple, n'entreprend jamais cette opération, et préfère pratiquer une résection totale dans le cas où il y a un développement notable du cancer, ne serait-ce même que d'un seul côté.

Remarquons que, *dans certains cas de laryngectomie partielle, les récidives se sont produites quelquefois assez tardivement. Dans un cas de Gluck la récidive n'eut lieu qu'après 8 ans.* Dans un cas de Hahn, après 8 ans et demi, et dans un cas de Novaro, après 6 ans, etc.

Parmi toutes les méthodes chirurgicales, *la laryngotomie*,

1. Voir *Monat. f. Ohrenh.*, 1904.

dans ces dernières années, acquiert le plus grand nombre de partisans pour le traitement du cancer laryngé. En sa faveur, nous avons l'opinion qu'émet Sendziak, d'après les conclusions de ses statistiques. Ce qui est avant tout en sa faveur, c'est assurément *la facilité* relative *dans l'exécution de cette opération*, c'est aussi *le risque moindre qu'elle fait courir au malade et l'espoir de pouvoir conserver la voix.*. De plus, elle n'exige pas la conservation d'un perpétuel trajet fistuleux et le port pénible d'un appareil phonétique artificiel.

Certains chirurgiens [1] proposent de pratiquer une laryngotomie même en qualité de procédé d'exploration dans les cas difficiles. Cependant je penche ici vers l'opinion qu'il est inutile de se rattacher à un optimisme exagéré. La mortalité due à cette opération est encore notable, comme on le voit d'après les chiffres ci-dessous :

Les statistiques de Sendziak (1886 comprenant 85 cas, 1899 comprenant 136 cas et 1907 comprenant 299 cas) présentent les résultats suivants :

	Stat. de 1886.	Stat. de 1899.	Stat. de 1907.
Guérison complète.....	8,7 °/₀	12,5 °/₀	18 °/₀
Guérison relative	13,0	12,5	19
Récidive	53.0	57,0	34
Mort due à l'opération..	9,8	8,8	6

D'après Pienniazek (*Arch. int. de Laryng.*, 1908, p. 349) qui a rassemblé 307 cas, il y a eu 21 décès, ce qui fait presque 7 °/₀. Tandis que pour la période depuis 1888, sur 218 cas, il y a eu 17 décès, c'est-à-dire 7,6 °/₀.

Si nous rassemblons à part les cas qui concernent la période depuis 1888 [2] nous arrivons aux nombres suivants :

Sur 210 laryngotomies qui ont été faites après 1888, il y a eu 103, soit environ 50 °/₀ résultats favorables, c'est-à-dire de guérisons absolues et relatives. Sur ce nombre, il y a 53 cas, donc presque la moitié où la guérison a été absolue. Les récidives, pour la seconde période, n'ont été qu'au nombre de 46, c'est-à-dire 22°/₀. Il y a eu, dans la seconde période, 17 cas de mort, c'est-à-dire presque 7,7 °/₀. Mais, si nous considérons les cas de 1897 à 1907, nous voyons que *la mortalité due à l'opération elle-même, est, dans ces derniers temps, abaissée presque jusqu'à 4,8 °/₀.*

1. Voir Volkovitch, *Archives russes de chirurgie*, 1907.

2. C'est l'année de la mort de l'empereur d'Allemagne, Frédéric III, et qui a été très importante dans l'histoire de notre spécialité. C'est à ce moment qu'on s'est vivement intéressé à l'étude du diagnostic du traitement du cancer laryngé, et de grands progrès s'en suivirent.

Chez certains auteurs, les résultats sont encore meilleurs. Hartley (Soc. médic. de New-York, séance du 17 avril 1904) a opéré avec succès dans 4 cas : les malades sont restés 1 à 8 ans sans récidive. Draver a eu aussi 4 cas heureux.

Bruns, qui a été un adversaire de la laryngotomie dès 1870, partage actuellement l'enthousiasme de Semon. Sur 10 de ses malades, il a obtenu chez 7 d'entre eux une guérison durable.

Gluck a aussi présenté 5 cas heureux, c'est-à-dire où il n'y a pas eu de récidive pendant 1 an 1/2 à 4 ans.

Les meilleurs résultats obtenus par cette méthode sont ceux de Semon (de Londres) (sur 20 malades il a obtenu la guérison chez 18, et dans ce nombre il y en a 5 chez qui la guérison fut absolue, c'est-à-dire que la proportion de cas heureux a été de 90 °/₀). Chevalier Jackson (11 guérisons dont 4 d'une façon absolue, soit 78 °/₀). Chiari (à Vienne) (38 °/₀ de guérisons : 13 guérisons dont 7 absolues). Pienniazek (de Cracovie) (39 °/₀ : 7 guérisons dont 5 absolues). Remarquons que dans un cas, la guérison s'est maintenue plus de 10 ans.

En ce qui concerne les récidives, les meilleurs résultats ont aussi été obtenus par Semon et Chevalier Jackson. Le premier, sur 20 cas, n'a eu que 2 récidives, et encore il faut ajouter que ces récidives étaient douteuses. Le second, sur 15 cas, n'a eu que 3 récidives, c'est-à-dire 20 °/₀. de récidive. La proportion de récidives chez Bruns est de 22. Chez Chiari de 34 °/₀ (12 récidives sur 35 cas). Chez Pienniazek de 44 °/₀ (8 récidives sur 18 cas).

Certaines récidives ne se manifestent que très tardivement.

Ainsi, dans un cas de Gluck, la récidive ne s'est produite que 8 ans 1/2 après l'opération. Chez Pienniazek, elle s'est produite dans un cas au bout de 4 ans 1/2. Chez Betelli, au bout de 4 ans.

Certains auteurs ont cependant obtenu des résultats défavorables.

Cisneros a vu une récidive se produire chez 6 malades sur 8. Le Bec et Botella ne considèrent la laryngotomie que comme une méthode palliative. Knight a perdu un de ses malades après une laryngotomie.

Et cependant Volkovitch, Hartley, Ramon de la Sota, Dawbarn et d'autres proposent cette opération même comme méthode de diagnostic [1].

Il est certain qu'outre l'habileté du chirurgien, les résultats

1. Ce dernier auteur recommande de faire les coupes au moyen d'un microtome à congélation pendant l'opération, pour déterminer la nature du cancer dans les cas douteux.

dépendront de la nature des cas que présenteront les sujets opérés de laryngotomie par les différents chirurgiens. Semon, par exemple, n'admet absolument pas l'ablation endolaryngée même de nodules cancéreux limités, et dans ce cas, il préfère pratiquer une laryngotomie.

Navratil, Bruns et Ramon de la Sota recommandent la laryngotomie même lorsqu'il y a des lésions cancéreuses très peu développées.

Selon Navratil, il ne faut pas enlever plus d'un tiers du larynx s'il n'existe pas de métastases, si les cordes vocales ne sont pas immobilisées et encore ces indications ne s'appliquent pas au cancer corné. Si les ganglions lymphatiques prennent part au processus, Navratil fait une résection totale.

Semon insiste sur la nécessité de faire un diagnostic aussi précoce que possible du cancer laryngé. Après avoir commencé par faire une laryngotomie, il a été assez souvent obligé de faire par la suite une résection plus ou moins étendue du squelette du larynx selon l'étendue de la tumeur et la lésion des cartilages[1].

Parmi les opérations exo-laryngées pour cancer du larynx, *celle que l'on pratique le plus rarement est la pharyngotomie.* Selon la statistique de Sendziak (1897) cette opération n'a été exécutée que 12 fois dont 8 fois pour cancer. Il y a eu parmi ces 8 cas, une guérison complète et 5 récidives. Des cas heureux ont été décrits par Lake, Lambert et Rutsch de la clinique de Kocher (chez ce dernier, il y a eu 1 cas où la récidive ne s'est pas produite pendant 4 ans 1/2).

J'arrive maintenant à la dernière méthode d'intervention opératoire *endolaryngée* qui a été en premier lieu exécutée avec succès par B. Fraenkel en 1889, puis par un grand nombre d'autres auteurs comme Jurasz, Schech, Schnitzler, Brunnay, Cisneros, Botella, Schmiegelow, Broeckaert, etc. Pour exécuter cette intervention, il est assurément indispensable de posséder une technique endolaryngée parfaite. Au sujet du cancer laryngé nous voyons qu'il existe deux tendances différentes : d'un côté la méthode chirurgicale, de l'autre la méthode purement laryngologique.

La prédominance en général de la tendance radicale dans le traitement a eu de nos jours son influence aussi sur le sort des méthodes employées dans le traitement du cancer laryngé. Ce ne sont pas seulement les vrais chirurgiens qui considèrent que

1. On sait que l'image laryngoscopique nous montre la tumeur laryngée moins volumineuse que lorsque la tumeur est tout entière accessible à la vue.

cette méthode ne doit être employée qu'exceptionnellement dans le traitement du cancer laryngé [1]. Il existe un grand nombre de laryngologistes éminents, comme Semon, Mackenzie, Pieniazek et en partie M. Schmidt, Gottstein, Sendziak (dans son travail paru en 1907, pour le jubilé du professeur Schrötter [2]) qui sont aussi sceptiques à l'égard de la méthode endolaryngée, et qui avancent au contraire au premier plan la laryngofissure. Mais, si cela est juste pour la plus grande majorité des cas, où le cancer du larynx occupe une notable étendue, par exemple, toute la corde vocale ou s'il s'est développé de façon à constituer une induration et une infiltration sinon de grande étendue, mais tout au moins diffuse, il n'est pas juste, à mon avis, d'appliquer ce procédé, dans ces cas très peu nombreux, il est vrai, où le cancer se présente sous forme d'un nodule limité qu'il est facile de saisir et de cautériser énergiquement (carcinome polypoïde de Frænkel). On peut voir à ce sujet les cas de Schech, de Krieg, de Schrötter, de Von Stein [3], etc.

Il est vrai que le procédé endolaryngé a pour lui l'avantage d'être plus simple, d'être plus rapide et d'être entièrement sans danger, mais il ne met pas le malade à l'abri d'une récidive, car la tumeur peut s'être développée loin dans la profondeur des tissus. Mais la laryngofissure n'est pas non plus exempte de ce reproche.

Si nous examinons les chiffres nous voyons les résultats suivants, d'après les statistiques de Sendziak, 1886, 1899 et 1907 :

	Stat. de 1886.	Stat. de 1899.	Stat. de 1907.
Nombre des cas.....	32		59
Guérison complète.....	12,5 %	25 %	21,0 %
Guérison relative.....	12,5	14	42,1
Récidive.....	40,7	39	35,0
Mortalité.....	0	0	0

1. Par exemple Mints (voir *Archives russes de chirurgie*, 1907). Voir aussi Cheval, Bruns, Tapia.

2. *Zeit. f. kl. Medic.*

3. Ce dernier auteur a observé deux cas analogues dans sa pratique.

Voir dans les comptes rendus de la section laryngologique du Congrès de Pirogoff (Séance du 29 avril 1907) les débats au sujet de ma communication sur « le diagnostic précoce et le traitement du cancer laryngé ».

On trouvera des analyses dans le *Journal mensuel russe des maladies de la gorge, du nez et du larynx*, 1908, II et dans les autres périodiques, notamment dans *Roussky Vratch*, dans *Vratchebnaïa Gazeta*, 1908 et dans *Intern. Centr. f. Laryng.*, 1907, XII.

Von Stein, d'ailleurs, s'est déclaré partisan de cette méthode, tandis que Hellat s'en est montré adversaire.

Sur les 59 cas de la statistique de 1907, il y en a 39 qui se rapportent à la période postérieure à 1888, et c'est une période, je le répète, qui est le point culminant dans le développement du traitement radical du cancer laryngé. Dans la même statistique de 1907, les malades notés comme entièrement guéris sont restés 3 ans sans récidive. Les malades relativement guéris sont presque en proportion de 50 % dans la seconde période et les malades ayant eu des récidives en proportion de 33 %. Sendziak cite aussi des cas particuliers où il n'y a pas eu de récidive pendant 3 à 13 ans après l'opération, et même, dans un cas, pendant 22 ans!

Cisneros ayant employé cette méthode dans des cas où les tumeurs avaient un pédicule implanté sur le bord de la corde vocale encore mobile, a eu, sur 5 cas, 4 récidives.

Schmiegelow a décrit 3 cas où il se passa plus de 5 ans sans récidive. Des opérations, avec succès, dans des cas où le nodule cancéreux était limité ont été faites aussi par Ernesto Botella et par Navratil. Le premier pratique une laryngotomie aux premières manifestations d'une récidive. Chez Brœckaert, nous trouvons 7 *cas d'ablation de la tumeur par voie buccale. Dans un de ces cas, il n'y a pas eu de récidive depuis plus de 13 ans.*

Grossmann [1] a fait l'ablation par voie buccale d'un nodule limité, puis a soumis son point d'implantation à l'action de rayons X; il ne s'est pas produit de récidive pendant 2 ans. Pienniazek [2] dans un cas de cancer laryngé a enlevé par la voie buccale toute la corde vocale droite et il n'y eut pas de récidive pendant 4 ans. Cet auteur, cependant, même dans le stade initial, fait faire une laryngotomie.

Nos propres observations montrent aussi qu'il y a avantage à se servir de cette méthode dans certains cas.

Je les présente ici en résumé :

Observation I. — Ch. L., âgé de 46 ans. Voix enrouée depuis 2 ans, et le devenant de plus en plus, mais inquiétant peu le malade. A l'aspect extérieur, le sujet paraît être tout à fait bien portant. Toutes les fonctions de l'organisme sont normales. Le malade est venu consulter par hasard, au sujet d'une augmentation de l'enrouement à la suite d'un rhume. Le malade a de la toux.

A l'examen on constate que tout le larynx est congestionné, surtout la corde vocale droite. Dans sa portion postérieure on aperçoit un nodule ayant le volume d'un grain de millet et qui est recouvert

1. *Wien. médic. Wochen.*, 1906, n° 48.
2. Voir *Archives internat. de Laryngologie*, 1908, n° 2, p. 346.

d'une surface hérissée de quelques papilles. Des calmants sont prescrits et au bout de 10 jours, la toux se calma. Le nodule fut enlevé au moyen de la pince de Krause. Son aspect extérieur était celui d'un fibrome ordinaire. Les deux cordes vocales sont parfaitement mobiles. L'examen microscopique (pratiqué par le Dr Ehrlich) montra qu'il s'agissait d'un carcinome épithélial. La base d'implantation de la tumeur fut cautérisée par un galvano-cautère. Pendant plus d'un an, il n'y eut pas de récidive. Le malade fut perdu de vue après cette époque.

Observation II. — Anna Ch., âgée de 34 ans. Voix enrouée depuis 8 mois.

Depuis ces deux derniers mois, l'enrouement a augmenté et sont apparues des douleurs pendant la déglutition.

A l'examen extérieur, le sujet est de bonne santé en apparence. Les différents appareils ne présentent rien à noter. Dans la bouche et l'arrière-bouche, il existe des papules syphilitiques (le mari est malade). Dans le larynx, on trouve un érythème diffus. Toute la corde vocale droite, et surtout dans sa région postérieure, est notablement infiltrée. En un point situé sur le tiers postérieur on voit une tuméfaction d'aspect papillomateux, avec des contours mal délimités, et légèrement exulcérés. A première vue, on pensait à une lésion tuberculeuse. Un traitement anti-syphilitique est prescrit. Au bout d'un mois, les plaques muqueuses avaient disparu, mais la lésion du larynx avait fait des progrès en ce sens que les ulcérations étaient devenues plus profondes. On offre au malade de se laisser faire l'ablation du nodule pour établir le diagnostic sur son examen. Ce dernier montra qu'il s'agissait de cancer épithélial. L'état du malade restait cependant satisfaisant. Je propose de faire une section du larynx, mais la malade refusa et ne donna son consentement que pour un traitement endolaryngé. Au moyen d'une curette double, j'enlève en deux séances presque toute la corde vocale dans sa moitié postérieure. Puis je fait des cautérisations ignées répétées. Pendant un certain temps (6 semaines) la voix devint plus mauvaise, puis elle s'améliora progressivement. La corde vocale restait encore irrégulière dans la portion qui n'avait pas été atteinte. La malade refusa tout traitement consécutif sauf les cautérisations. Au bout de 6 mois, on découvrit un nodule avec une surface irrégulière dans la portion antérieure de la corde vocale. La malade refusa le traitement opératoire même endolaryngé et partit en voyage. Elle revint au bout de 8 mois. L'enrouement avait augmenté. Le nodule avait considérablement augmenté de volume mais la respiration restait cependant libre. La malade refusa encore d'une façon catégorique toute intervention opératoire. Malgré cela la malade se sentait assez bien pendant plus d'un an après son retour de voyage. Le sort ultérieur de cette malade m'est inconnu.

Observation III. — Ch. B., âgé de 71 ans. Enrouement depuis 3 ans environ. La présence d'un cancer laryngé est nettement reconnaissable dès le premier examen (en septembre 1904).

Le malade est d'une bonne constitution. Les cordes vocales vraie et fausse du côté droit sont unies en une masse nodulaire de coloration rouge vif, recouverte de végétations mamelonnées. On aperçoit une masse analogue dans l'espace inter-aryténoïdien. Les mouvements de la corde vocale droite sont notablement diminués. Il existe une certaine gêne dans la respiration. Le malade refusa catégoriquement toute opération quelle qu'elle soit.

Outre des manipulations endo-laryngées que je fis pendant les mois de septembre et d'octobre, je fis l'ablation en 5 ou 6 séances, soit avec des pinces, soit avec la curette double de tout le tissu pathologique qui était accessible à l'œil et à la curette. (Le Dr Sourouktchy a vu ce malade avant son départ.) Le résultat obtenu fut une respiration tout à fait libre et une amélioration de la voix. Le malade partit. L'amélioration persista pendant 11 mois (renseignements par lettre). Au bout de 11 mois, ce malade mourut, par suite, semble-t-il, d'une maladie intercurrente.

Même ces cas peu nombreux que j'ai observés ne prédisposent pas à un pessimisme particulier à l'égard de la méthode endo-laryngée. Dans quelques cas rares, lorsqu'on réussit à établir le diagnostic pendant la période où le cancer est bien localisé, et qu'il a la forme d'un nodule bien circonscrit, surtout si ce nodule est rattaché par un pédicule, il faut commencer par l'opération endo-laryngée qui doit cependant être pratiquée d'une façon aussi énergique que possible. On doit notamment enlever le tissu sain qui entoure la tumeur. Si l'on compare les chiffres que nous fournissent les statistiques, on voit que l'appréciation des chirurgiens et des laryngologistes-spécialistes sur cette méthode n'est pas justifiée (voir par exemple Semon).

1. *La mortalité n'existe pas après l'emploi de cette méthode*, tandis qu'après la laryngofissure, les chiffres moyens de la mortalité (je cite les chiffres de ces 10 et 20 dernières années, voir plus haut, varie entre 4,5 °/₀ et 9 °/₀ [1]). Après la résection partielle, on a entre 10 °/₀ (d'après les statistiques de Gluck) et 21 °/₀ (d'après la statistique de Sendziak, 1907). Après la résection complète du larynx, nous avons en moyenne 27,7 °/₀ (statistique de Sendziak, 1907) et 33 °/₀ selon notre statistique.

2. *La méthode endo-laryngée donne 21 °/₀ guérisons complètes* (statistique de Sendziak, 1907). *La laryngofissure en donne 18 °/₀* (statistique de Sendziak 1907) et 25 °/₀ d'après les chiffres de Semon qui a obtenu les meilleurs résultats, on pourrait presque dire l'idéal que l'on peut atteindre dans cette opération.

1. Chez Bruns nous trouvons 9 °/₀ de décès.
D'après la statistique de Sendziak presque 6 °/₀ et 4,5 °/₀ d'après la statistique de la 2e période après 1888.

La résection partielle donne 12 % (statistique de Sendziak 1907). *La résection totale donne 8 %* (d'après la même statistique).

3. *La méthode endo-laryngée donne 42 % guérisons relatives* (pour la 2e période, c'est-à-dire postérieure à 1888, presque 50 % d'après la statistique de Sendziak 1907). *Après la laryngotomie on a 19 %* (23 % pour la 2e période). *Après la résection partielle 9 %. Après la résection totale près de 11 %.*

4. *Les récidives, avec la méthode endo-laryngée sont en proportion de 35 %* (33 % pour la seconde période). Avec la laryngotomie 34 % (22 % pour la seconde période [1]). *Avec la résection partielle* 33 %. Avec la résection totale 22 %.

Ainsi donc, si nous comparons les chiffres que nous venons de citer, nous avons entièrement le droit d'affirmer que l'avantage se trouve du côté de l'intervention endo-laryngée et qu'au second plan nous devons placer la laryngotomie qui se distingue notablement du premier procédé par sa proportion moindre de récidives [2], mais qui donne cependant une proportion appréciable de décès (de 5 % à 9 % et plus).

Malheureusement les formes de début qui seules conviennent pour la méthode endolaryngée passent souvent inaperçues et obligent très rarement les malades à chercher l'aide des spécialistes. Il est certain que *le laryngologiste doit être familiarisé avec les techniques de la chirurgie générale pour pouvoir intervenir dans les cas où une récidive se produit ou lorsque le processus a une tendance à se développer rapidement.*

Si, jusqu'à présent, le nombre des laryngologistes qui pratiquent couramment la laryngotomie, est encore restreint [3], l'avenir comme il faut l'espérer, comblera cette lacune dans notre action qui s'exerce souvent avec audace dans les organes de notre spécialité et qui montre une timidité déplacée devant les opérations de chirurgie générale. Il est temps que les chirurgiens, surtout chez nous, abandonnent l'ancien préjugé d'après lequel le laryngologiste devrait leur céder la place dans toutes les opérations externes sur le larynx. Je suis heureux de pouvoir remarquer que ma proposition à ce sujet a réuni dans notre section au Xe Congrès de Pirogoff l'approbation de la majorité

1. Rappelons que les récidives sont, chez Bruns, en proportion de 22 %, chez Chiari 34 %, chez Pienniazek 46 %. Nous ne trouvons que Semon chez qui les récidives ne soient qu'en proportion de 10 %.

2. Cette différence est cependant très réduite si l'on examine les chiffres donnés par certains auteurs éminents tels que Chiari et Pienniazek.

3. Non seulement en Russie mais aussi en Allemagne, en Autriche et en France (voir comme exemple les cliniques de B. Fraenkel, de Schech, de M. Schmidt, etc.).

ainsi que le témoigne la discussion qui s'ensuivit. On ne peut, sans désavantage pour le malade, diviser le traitement c'est-à-dire de laisser aux uns le soin de suivre la marche de l'affection et d'étudier ses particularités, et de confier aux autres le bistouri pour l'intervention opératoire. Plus le médecin sera familiarisé avec le champ opératoire, avec les caractères du processus et avec ces détails qui ne deviennent perceptibles qu'après une observation savante et prolongée, et plus chacune de ses interventions peut être assurée. En otiatrie, dans la chirurgie des affections de l'apophyse mastoïde et des complications intracraniennes d'origine otique nos mérites ont reçu déjà depuis longtemps une juste appréciation. Les énormes succès qui ont été obtenus pendant ces dix dernières années dans ce domaine sont dus principalement à la participation des otologistes qui se sont placés à un point de vue plus large et plus radical.

Il nous reste encore à examiner d'autres procédés de traitement du cancer laryngé, et principalement les méthodes de *physiothérapie* (*traitement par les rayons X, par le radium et par la lumière*).

On ne peut pas s'attendre à des résultats très importants par l'emploi de ces méthodes. Leur rôle est plutôt celui d'adjuvant pour la méthode chirurgicale. Leur importance se manifeste principalement là où le cancer ne peut pas être opéré, soit qu'il s'agisse de cas réellement inopérable, soit que le malade refuse de se soumettre à une opération.

L'action du radium sur les néoformations, et en particulier sur le cancer du larynx, a été étudiée par un grand nombre d'auteurs, mais cependant les résultats obtenus sont contradictoires.

En faveur de l'action du radium nous trouvons les observations d'Abbe, d'Exner, de Marby, de Leser qui se rapportent à la chirurgie générale (cancer de la lèvre inférieure, du sein, de la muqueuse de la joue) et les observations de Delsaux et de Botey[1] qui concernent le sujet qui nous occupe particulièrement.

Le nombre d'auteurs qui ont employé le radium sans obtenir *aucun résultat* est cependant beaucoup plus considérable (Cleaves et Plimmer, Béclère et Oudin). Béclère a employé le radium d'une façon très énergique (45 centigrammes de radium pur) et a même obtenu chez ses malades de la dermite (« radio-dermite »). Klingmüller, Wickmann, Hildebrandt, Perthes, Blanel, et Werner se rapportent aussi d'une façon sceptique à l'égard de l'ac-

1. Dans les *Annales de l'oreille*, 1906, n° 8, Botey a décrit un appareil pour l'emploi du radium en laryngologie et en rhinologie et a cité plusieurs cas heureux.

tion du radium. Werner a employé le radium dans 10 cas et, *dans le cas le plus favorable il n'a obtenu qu'un « affaissement local de la tumeur ».*

Werner a même observé de l'aggravation de l'affection et une accélération dans la marche de la néoformation sous l'influence du radium. D'après les observations de Heynatz (rapport présenté au 6e congrès des chirurgiens russes tenu à Moscou le 28 décembre 1906), l'action du radium ne se manifeste pas plus profondément qu'à 1 centimètre. Par conséquent l'action du radium ne peut être utilisée que dans les affections superficielles, comme dans le cancer de la peau, du tissu cellulaire sous-cutané et des muqueuses. Dans les cas où le processus était notablement étendu dans l'arrière-bouche, ce dernier auteur n'a pas obtenu de résultat appréciable (3 cas), mais dans le cancer de la lèvre, du sein, de la verge, il a pu atteindre une *amélioration symptomatique et éloigner le terme de l'issue fatale.*

En somme, Heynatz est arrivé, d'après ses expériences, aux conclusions suivantes : Dans les cas qui ne sont pas accessibles au bistouri à cause de la diffusion du processus ou par suite de l'atteinte des organes internes, le radium peut produire une résorption de l'infiltration superficielle et la cicatrisation des ulcérations. Dans certains cas, particulièrement favorables, le radium peut produire une guérison complète.

L'injection, dans l'intérieur de la tumeur, de solutions radioactives n'a pas donné encore de résultats particuliers. Est-il possible que sous l'influence de la radiothérapie des métastases se produisent dans des ganglions éloignés, comme l'admet Boïkoff ? C'est encore là une question non résolue.

L'action du radium sur les tumeurs rappelle par beaucoup de points l'action des rayons de Röntgen qui agissent plus faiblement si on les compare avec le radium. Cependant l'action des rayons se fait sentir sur une plus grande surface.

Il existe un grand nombre de partisans enthousiastes du traitement du cancer par les rayons X (Schiff, Lincoln, Codinann, Cohn), surtout lorsqu'il s'agit de récidives et de cancer inopérable. *Cependant Semon n'a pas vu de résultat obtenu par cette méthode.* Scholtz a trouvé que l'action des rayons de Röntgen ne se manifeste pas plus profondément que quelques millimètres (le cancer guérit à la surface, mais en même temps la tumeur s'accroît dans la profondeur). Cet auteur a noté quelques cas heureux dans le cancer de la peau [1].

1. *Deut. med. Wochen.*, 28 avril 1907.

Schiff[1] *trouve que l'action favorable des rayons X sur les épithéliomas est indubitable*, et il présente les conclusions suivantes : 1° Le traitement par les rayons de Röntgen ne doit pas être un traitement exclusif mais doit être employé contre les épithéliomas parallèlement avec les autres méthodes.

2° Il existe, sans aucun doute, dans les épithéliomas, certaines particularités, encore non étudiées, qui ont une influence sur le résultat de la radiothérapie.

3° La radiothérapie doit être aidée par des interventions opératoires[2] et par des cautérisations.

4° Dans les cas où après la 4e ou la 5e séance il ne se manifeste pas d'effet favorable, il est nécessaire de renoncer à l'application de rayons X.

5° Les intervalles entre les séances ne doivent pas être trop espacés.

6° *Il est utile quelquefois de faire suivre une opération d'une röntgenisation.*

7° Il existe un effet moral important sous ce rapport que par l'emploi des rayons de Röntgen on peut éviter au malade une opération (?) et cependant on obtient des résultats semblables au point de vue de la guérison et même des résultats meilleurs au point de vue esthétique.

Au sujet de l'*action de la lumière* sur le cancer il existe encore peu de renseignements (voir Finck, Térémetiebsky). Widmer[3] a décrit un cas d'action favorable de la lumière sur un cancer de la peau.

Dans notre spécialité, l'action de la lumière a été expérimentée sur la tuberculose du larynx (Sorgo, Kunnwald, etc.) mais, autant qu'il m'est connu, cette action n'a pas été expérimentée sur le cancer du larynx.

Un intérêt tout particulier nous est offert par les recherches faites dans ces dernières années sur le traitement des cancers inopérables par des produits organiques comme la trypsine et la pancréatine (voir Rudolf Hoffmann, « Ueber Pankreatin bei Carcinom » de la clinique otologique du prof. Bezold (de Munich)[4].

Nous trouvons à ce sujet quelques observations de Blumenthal et Carle. Cette question est exposée en détails, par Hoff-

1. Clinique et thérapeutique contemporaines (en russe), 1907, n° 3.
2. Nous aurions dit le contraire : « l'intervention opératoire doit être aidée par la radiothérapie. »
3. *Munch. med. Wochen.*, 1907, n° 13.
4. *Munch. med. Wochen.*, 1907, n° 45, p. 2277.

mann ainsi que la question de l'inflammation érysipélateuse sur la régression du cancer laryngé. Cet auteur conclut :

1° Qu'à la suite du traitement par la pancréatine les cancers inopérables présentent leur surface ulcérée plus propre ; les hémorragies s'arrêtent, les douleurs cessent et la tumeur diminue.

2° Plus tard, l'action de ce traitement se fait moins sentir par suite de l'épidermisation de la surface, mais si l'on détruit l'épiderme au moyen d'un cautère ou d'une autre façon, l'action se renouvelle.

3° L'action préalable de substances ischémiantes (épinéphrine) n'augmente pas l'action de la pancréatine.

4° L'examen histologique montre les mêmes modifications que dans l'érysipèle de la peau.

5° Il faut supposer que l'action de l'érysipèle, du cautère et en partie des rayons X sont basés sur le même principe que l'action de la pancréatine.

6° Il est possible que la pyocyanase, qui possède une action protéolytique et bactéricide énergiques, se montrera utile dans des cas semblables.

Hoffmann mentionne aussi la sérothérapie qui est encore loin d'avoir dit son dernier mot. (On peut trouver le matériel le plus abondant au sujet de cette question dans les travaux des « Commissions pour l'étude du cancer » et dans des Congrès spéciaux.)

Nous devons encore mentionner un procédé qui, entre les mains de Lermoyez, Mahu, et d'autres auteurs, s'est montré utile dans les cas de cancer laryngé inopérable, c'est l'emploi de l'adrénaline.

Déjà *a priori* on pouvait penser que l'emploi de ce puissant vaso-constricteur devait être indiqué dans le traitement des néoformations malignes qui sont sujettes à produire souvent des hémorragies parenchymateuses pendant leur dégénérescence. En effet, les observations qui ont été jusqu'à présent décrites par Mahu, Marple, Rhodes et Robin parlent en faveur de l'emploi de l'adrénaline. *Le Dr Mahu a décrit 3 cas* de cancer du pharynx et du larynx où il a pu, à l'aide de l'adrénaline, *arrêter les hémorragies, diminuer les douleurs et même améliorer l'état général des malades pour un temps prolongé*, en badigeonnant au moyen d'une solution d'adrénaline à 1 °/₀₀ la surface qui était le siège de l'hémorragie.

Chez un de ses malades, âgé de 53 ans, il s'agissait d'un volumineux épithélioma du larynx qui causait de la dysphagie et de la dyspnée. La trachéotomie améliora la respiration mais n'eut

pas d'action sur la dysphagie. Le malade fut bientôt très affaibli. Mahu entreprit des badigeonnages de la tumeur au moyen d'une solution d'adrénaline à 1 °/₀₀ quoique la tumeur ne fût pas hémorragique. Après 20 badigeonnages pratiqués en un mois la tumeur diminua de volume, le malade se sentit mieux et commença à augmenter de poids. Pendant 5 mois la tumeur n'augmenta pas de volume, la déglutition était libre et le malade ne maigrissait pas.

Dans un autre cas le malade avait un cancer de la partie supérieure du larynx. Grande dysphagie, crachats sanguinolents abondants, anorexie. Les badigeonnages de la tumeur, par une solution d'adrénaline à 1 °/₀₀ pratiquée 3 fois par semaine arrêtèrent l'hémorragie et il y eut une amélioration sinon une disparition complète des douleurs pendant la déglutition.

Le professeur Robin a vu aussi une amélioration symptomatique dans les cas de cancer de la face, du rectum et du sein.

Rhodes [1] a décrit un cas de sarcome naso-pharyngien (cas inopérable) où une notable amélioration a été obtenue par des injections dans l'épaisseur de la tumeur, d'une solution d'adrénaline à 1 °/₀₀.

Il est certain que tous ces traitements médicamenteux [2] que que nous avons cités plus haut, toutes ces méthodes de physiothérapie, tous ces sérums qui sont étudiés avec tant d'ardeur par Leyden et ses élèves, ne doivent pas nous faire perdre un temps précieux. Tous ces procédés sont indiqués dans les cas de cancers qui sont inopérables par suite de leur localisation, de leur diffusion ou par suite du non-consentement du malade à l'opération. On emploiera encore ces procédés pour compléter l'intervention chirurgicale (par exemple les rayons X après une laryngotomie).

Le traitement opératoire du cancer laryngé donne incontestablement les meilleurs résultats, surtout lorsque le diagnostic a été précoce.

Sur 982 cas de cancer laryngé (d'après la dernière statistique

1. *Deut. med. Wochen.*, n° 39, 1906.

2. Tout à fait récemment Spiess a entrepris une série d'expériences sur le traitement des néoformations malignes au moyen d'injection, de solutions anesthésiques au niveau de la limite entre les tissus sains et malades.

Cet auteur s'est proposé d'affaiblir ainsi la nutrition des tumeurs, car selon sa théorie, il faut tendre à diminuer les réflexes qui partent des cellules de la tumeur et qui donnent naissance à l'hyperhémie autour de la tumeur. Dans ce but, il faut, en anesthésiant les tissus, diminuer l'arrivée des matériaux nutritifs aux cellules de la tumeur.

de Sendziak) *on compte déjà 258 guérisons dont 125 cas où la guérison dure depuis plus de 3 ans.* Si l'on prend les cas qui se rapportent à la seconde période, c'est-à-dire *après 1888*, les résultats sont encore meilleurs : *sur 693 cas il y a 219 guérisons.*

Avec les progrès de la technique, on voit une diminution de la mortalité dans les opérations exo-laryngées.

La laryngotomie présente le moins de dangers (d'après les statistiques de Sendziak, pour la seconde période il n'y a que 5 cas mortels sur 218 opérations). L'opération la plus dangereuse est la résection totale [1] (sur 257 cas de la seconde période, il y a 56 décès, c'est-à-dire plus de 27 °/₀).

Au sujet des récidives, on peut noter aussi dans ces dernières années des progrès importants. Il est certain que la plus grande garantie à ce sujet est donnée par la résection du larynx : *il n'y a eu que 16 °/₀ de récidives dans la seconde période* et *plus de 23 °/₀ dans la première et deuxième période*, c'est-à-dire *sur le nombre général* (94 récidives sur 404 cas de résection totale).

Au second plan, il faut placer ici la laryngofissure (103 récidives sur 299 cas, c'est-à-dire 34 °/₀). Sur ce nombre, *pour la seconde période*, c'est-à-dire sur 210 cas, il n'y en a cependant que 46, *c'est-à-dire presque 22 °/₀*. La résection partielle a donné sur 222 cas, 73 récidives, *c'est-à-dire presque 33 °/₀* ; tandis que sur 167 cas de la seconde période, il y en a 51, *c'est-à-dire 30,5 °/₀*.

Le procédé endo-laryngé a donné sur 57 cas, 20 récidives, *c'est-à-dire 35 °/₀*. Si l'on ne prend pas à part la somme des cas *postérieurs à 1888*, c'est-à-dire 39 cas, on trouve alors 13 récidives, *c'est-à-dire 33 °/₀*.

Sachant que les cas où le cancer a l'aspect d'un fibrome bénin ou même d'un polype ne sont pas une grande exception comme certains auteurs le supposent [2], il faut prendre pour règle de conduite d'examiner au microscope chaque tumeur et chaque nodule que l'on a enlevé dans le larynx, surtout chez des personnes âgées.

Il faut espérer qu'avec les progrès de l'instruction et des conditions économiques du peuple, nous verrons de plus en plus

1. Rappelons que chez certains auteurs la proportion de décès est insignifiante (voir plus haut).

2. Je sais que des cas analogues ont été observés dans la pratique de quelques-uns de mes collègues à Charkoff. Le Dr Sourouktchy a enlevé à un malade un nodule cancéreux situé sur la corde vocale, et il n'y a pas eu de récidive pendant la première année qui suivit l'opération (ce cas n'a pas été publié).

rarement ces cas avancés devant lesquels nous restons impuissants et où nous appliquons des procédés palliatifs qui souvent ne produisent aucune amélioration.

En même temps, les progrès continuels de la technique chirurgicale doivent nous faciliter des succès au point de vue de la diminution des dangers de la résection totale et partielle du larynx, et en partie de la laryngotomie. Les récidives seront aussi moins fréquentes.

Pienniazek nous a présenté sous forme de tableau [1] les résultats obtenus par la laryngotomie dans ces derniers temps et dans les périodes précédentes. Ce tableau est éloquent par lui-même ; il démontre, d'une façon convaincante, l'utilité du traitement opératoire du cancer laryngé, il montre aussi que les résultats deviennent de plus en plus meilleurs.

Ce tableau offre un tel intérêt que nous le présentons en entier ci-après (v. p. 834).

Conclusions.

1. Pour le diagnostic précoce du cancer laryngé il n'y a aucun signe que l'on puisse considérer comme pathognomonique.

2. Le cancer endolaryngé présente souvent de grandes difficultés pour le diagnostic et peut évoluer pendant plusieurs années sans aucune gêne locale ni trouble général.

3. L'aspect laryngoscopique ne donne pas d'éléments précis pour juger des dimensions et des limites de la néoformation, même dans les stades initiaux du processus.

4. La biopsie n'est pas un acte indifférent et il est nécessaire, par conséquent, d'avoir l'assentiment du malade pour l'intervention opératoire dans le cas où l'on constatera l'existence d'un cancer.

5. Un résultat positif dans l'examen microscopique dépend très souvent du volume du fragment enlevé, de la région, de la profondeur, etc., d'où il est pris. Un résultat négatif n'est pas suffisant pour éliminer le diagnostic de cancer.

6. Un cancer exo-laryngé est d'un diagnostic plus facile qu'un cancer endo-laryngé.

7. Une laryngo-fissure peut souvent avoir une importance déterminante pour le diagnostic de la néoformation et peut permettre d'apprécier exactement les limites de la tumeur.

8. Le traitement d'épreuve dans les cas douteux ne permet pas toujours d'atteindre le but.

1. *Archives internationales de Laryngologie*, II, p. 374, 1908.

Noms des auteurs ou origines des statistiques	Nombre d'opérations	Nombre de décès après l'opération	Nombre de récidives	Nombre de guérisons	Nombre de cas où le résultat n'est pas connu	
Du début de l'année 1851 à la fin de 1887. (C'est la 1re période.)						
Sendziak (1896)	53	3	42	5	3	La mortalité est ici de 6,5 %. Le rapport de guérison aux récidives est presque de 1 : 8 (6 : 47).
Hansberg et Schmiegelow.	9	1	5	1	2	
Total.....	62[1]	4	47	6	5	
Sendziak (dernière statistique 1907)	89	4	57	5	23	La mortalité selon Sendziak est de 4, 5 %. Les guérisons se rapportent aux récidives comme 5 à 57, c'est-à-dire comme 1 à 11, 4.
Du début de l'année 1888 à la fin de 1891. (2e période.)						
Sendziak (1896)	37	6	8	23	»	La mortalité est de 12 %. Les guérisons se rapportent aux récidives comme 2 à 1.
Hansberg, Schmiegelow et *Centr. f. Laryng.*	53	5	17	24	7	
Chiari	3	»	»	3	»	
Total.....	93	11	25	50	7	
Du début de l'année 1897 à la fin de 1906. (C'est la dernière période et les résultats sont les meilleurs.)						
Centr. f. Laryng.	65	5	12	40	8	Les guérisons se rapportent aux récidives comme 2,2 à 1. La mortalité est de 6 c'est-à-dire de 5 % sur 110+15 cas de la statistique de Sendziak de l'année 1906.
Chiari	28	1	11	15	1	
Pienniazek	17	»	6	8	3	
Total...	110	6	29	63	12	
Du début de l'année 1888 à la fin de 1906.	218	17	54	118	19	Les guérisons se rapportent aux récidives comme 2 à 1 La mortalité = 7,7 %.
Du début de l'année 1851 à la fin de 1906. (Nombre total pour les 3 périodes.)	307	21	111	134	41	Les guérisons se rapportent aux récidives comme 1,2 à 1. La mortalité est de 7 %.

1. Nous avons ici le nombre de cas réunis par Pienniazek dans sa pratique particulière et chez d'autres auteurs.

9. L'examen du sang dans les cas de cancer rendra peut-être dans l'avenir le diagnostic précoce du cancer plus facile.

10. Dans le cancer laryngé les symptômes généraux peuvent manquer pendant longtemps.

11. Le pronostic est toujours réservé et dépend de la nature histologique de la tumeur, de son étendue, de sa localisation, de la méthode de traitement, etc.

12. Un traitement précoce et une intervention chirurgicale améliore notablement le pronostic sans aucun doute.

13. Le perfectionnement de la technique opératoire augmente les chances de guérison totale et partielle et diminue la mortalité due à l'opération elle-même.

14. Pour apprécier les progrès dans le traitement chirurgical du cancer laryngé, il est nécessaire d'examiner les statistiques générales parallèlement avec les statistiques des différents chirurgiens en particulier.

15. Il est nécessaire que les laryngologistes soient exercés dans l'art chirurgical, on notera alors un plus grand progrès dans le traitement du cancer laryngé.

16. Dans des cas rares, la méthode endo-laryngée peut être mieux appropriée et peut donner des résultats définitifs.

17. Les indications établies par différents auteurs diffèrent non seulement au sujet de l'intervention endo-laryngée, mais aussi au sujet des opérations extra-laryngées. La technique employée présente aussi des différences notables.

18. La résection partielle du larynx semble, dans la plupart des cas, devoir céder en faveur de l'ablation complète du larynx qui est plus logique. La laryngectomie est une opération qui sans aucun doute a un grand avenir.

19. La laryngotomie a acquis dans ces dernières années un grand nombre de partisans pour *le traitement des lésions cancéreuses limitées du larynx.*

20. Les fonctions vocales souffrent le moins dans la laryngotomie et une résection laryngée n'exclut pas pour le malade la possibilité de parler d'une voix distincte en fausset.

BIBLIOGRAPHIE [1]

1. Howard Lilienthal. Ein Fall von Larynxexrpationti, anal. *Intern. Centr. f. Laryng.*, II, 1907.

2. Grossmann. Ein Fall von Kehlkopfkrebses nach der Excision mit Röntgenstrahlen behandelt. *Münch. medic. Wochen.*, n° 46, 1907.

1. Je n'ai principalement rassemblé ici que les travaux de ces dernières années. On pourra trouver ailleurs, par exemple dans : *Heymann's Handbuch*, la bibliographie des travaux plus anciens.

3. Wichmann, Klingmüller, Hildebrandt, Perther, Blanel, Werner. Um Frage über die Behandlung der Krebses mit Radium. *Medizinische Klinik*, n° 13, 1905.

4. Avellis. Laryngotomie ohne Canüle und ohne Chloroform in Scopolamin-Morphium Narkose. XII Versammlung des Vereins süddeutscher Laryngologen.

5. P. Gegalkine. Action des rayons de Röntgen sur le cancer pavimenteux. X^e^ congrès de Pirogoff (section de chirurgie).

6. Abbe. *New-York Medical Record*, 6 juillet 1906.

7. Abbe. The subtile power of Radium. *New-York Medical Record*, p. 321, 1904.

8. Abbe. *Le Radium*, n° 2, 1905.

9. Exner. Ueber die bisherigen Dauerresultate nach Radiumbehandlung. *Deut. Zeit. f. Chir.*, p. 836, 1906.

10. Boïkoff. Adénopathie éloignée. *Journal russe des maladies cutanées et vénériennes*, 1906.

11. Leser. Radiumwirkung bei Recidivcarcinom. *Verhandl. d. deut. Gesell. f. Chirurgie*, 35^e^ Congress, p. 289, 1906.

12. Plimmer. *Lancet*, avril, 1903.

13. Capart. Sitzung d. Belg Laryng. Gesell. von 9 juin 1907.

14. Heinatz. Congrès des chirurgiens russes à Moscou, in *Vratchebnaïa Gazeta*, n° 36, 1907.

15. Becker. Ein mit Radium behandelter Fall von Epitheliom. Aertzl. Verein in Francfort a. M., 6 mai 1907.

16. Michaïloff. Roussky Vratch., p. 883, n° 23, 1907.

17. Semon. V. *Deut. med. Wochen.*, 1907. Ueber die Diagnose und Behandlung des Kehlkopfkrebses.

18. Brieger. Das Licht in der Chirurgie. *Münch. med. Wochen.*, n° 34-35, 1904.

19. Hirschberg. Heilung eines Hautepithelioms durch directe Sonnenstrahlung. *Berl. klin. Wochen.*, n° 13, 1907.

20. B. Fraenkel. Die intranasale Behandlung des Kehlkopfkrebses. *Fraenkel's Archiv*, Bd. VI, 1897.

21. Sir Félix Semon. Der Krebs des Kehlkopfes. *Brit. med. Journ.*, 2 février 1907.

22. Meyerdahl. *Intern. Centr. f. Laryng.*, IV, 1907.

23. Martin, Avelino. Ueber den Kehlkopfkrebs, r. *Münch. med. Woch.*, n° 46, 1907.

24. Dungern, Werner. Das Wesen der bösartigen Geschwülste. Leipzig, 1907.

25. Donati. Beitrag zur Behandlung malignen Tumoren mittels Trypsininfection. *Ital. medic. Gesell.*, in Turin, Sitz. v., 14 fév. 1906.

26. Werner. Vergleichende Studien zur Frage der biologischen und therapeutischen Wirkung der Radiumstrahlen. *Beiträge zur klinischen Chirurgie*, p. 51, m. 54, 1906.

27. L. Horowitz. Etude sur les propriétés biologiques des rayons du radium.

28. Oudin. État actuel de la radiumthérapie. *Le Radium*, 1906.

29. Mauby. *Brit. med. Journ. of Dermat.*, 1905.

30. Rivière. Behandlung malignen Tumoren mit elektrischen Strömen und funken von Hohespannung. *Gazette des hôpitaux*, n° 30, 1907.

31. Hold. Tripsinbehandlung. *Lancet*, n° 4394.

32. Capart. Ein seit 3 Zahren geheilter Fall von Larynxectomia. *Sitz. d. Belg. Oto-lar. Gesell.*, von 9 juillet 1907.

33. Cheval. *L. c.* Carcinomatöser Larynx.

34. Fallas. *L. c.* Carcinom des Kehlkopfes.

35. Volkovitch. Sur le cancer laryngé. *Archives russes de Chirurgie.*

36. Buys. Totale Extirpation des Carcinomatösen Larynx ohne Rezidiv seit 15 Monaten. *Journ. de Bruxelles*, n° 45.

37. Béclère. *Le Radium*, 1905.

38. J. Sendziak (de Varsovie). Traitement du cancer laryngé. *Journ. mens. russe des maladies des oreilles, de la gorge et du nez*, n° 9, 1907.

39. J. Sendziak. Beiträg zur Therapie des Kehlkopfkrebses. *Monats. f. Ohren.*, 1906.

40. R. Hoffmann. Ueber Pankreatin bei Carcinom. *Münch. med. Wochen.*, n° 46, 1907.

41. Botey. *Ann. de l'oreille*, VIII, 1906.

42. Jackson. *Deut. med. Wochen.*, n° 49, p. 2008, 1906.

43. Bruns. Sur le traitement du cancer laryngé. *Roussky Vratch.*, n° 47, p. 1485, 1906. Analyse. *Deut. med. Wochen.*, n° 38, 1906.

44. Semon. Kehlkopfkrebs, r. *Deut. med. Wochen.*, n° 7, 1907.

45. Sendziak. Larynxcarcinom. *Zeit. f. klin. Medicin*, bd.

46. Sendziak. *L. c.*, 1907.

46. Chiari. *Zeit. f. klin. Medicin*, bd. 62, 1907. Bericht über meine Operationen wegen Krebs des Kehlkopfes.

47. Widmer. Heilung einer Carcinoms durch Sonnenlicht nebst einigen Beiträgen zur unmittelbaren Lichttherapie. *Münch. med. Wochen.*, n° 13, p. 619, 1907.

48. Abraham. Ein Fall von inoperabilem Carcinoma durch Trypsin behandelt, r. *Wien. klin. Wochen.*, n° 22, 1907.

49. Clarence A. Rice. *L.c.* Behandlung der Kehlkopfkrebses mittels subcutaner Injectionen von Pancreasextract (Trypsin).

50. Clarence A. Rice. Ein Fall von Kehlkopfkrebs nach der Excision mit Röntgenstrahlen behandelt.

51. Chevalier-Jackson. *L. c.*, v. p. 190, 1907. Thyreotomie und Laryngectomie bei malignen Kehlkopfer krankungen ; anal. *Int. Centr. f. Lar.*, II, 1908.

52. Gluck. *Berl. klin. Wochen.*, n° 42, p. 1386, 1906.

52. Gluck. Anal. *Int. Clb. f. Lar.*, I, 1906.

53. Mikulicz u. Sittig. *Beit. z. klin. Chir.*, 37, 1903. Vorläufige Mittheilung über Trupsinbehandlung von bösartigen Neubildungen.

54. R. Hoffmann. *Arch. f. klin. Chir.*, 79, 2.

55. Beard. *Lancet, l. c.*, 21 juin 1902, 29 octobre 1904, 4 février 1905.

56. Rossbach. *Ztschr. f. klin. Med.*, Bd. VI, 6.

57. Linder. *Berl. kl. Wochen*, n° 2, 1905.

58. Bruns. Ueber die Radicaloperation des Kehlkopfkrebses mittels Kehlkopfspaltung. *Deut. med. Wochen.*, n° 38, 1906.

59. Tverdovsky. *Vratchebnaïa Gazeta*, n° 51, 1906. Deux cas d'ablation de cancer laryngé.

60. Helferich. *Arch. f. klin. Chir.*, Bd. 77, 1905. Ueber Pharynxplastik.

61. Dogart. *Int. Cent. f. Lar.*, XII, s. 469, 1906. Totale Larynxextirpation wegen Carcinoms.

62. Mintz. *L. c.* Laryngectomie pour néoplasmes. *Archives de chirurgie russe*, 1907, 2.

63. Terebinsky. *L. c.*

64. Baradouline. *L. c.* Modifications du sang dans les cas de tumeurs malignes.

65. Blegvad. R. *Münch. med. Wochen.*, n° 7, 357 s., 1908.

66. Sendziak. Die bösartigen Geschwulste der Larynx. Diagnosis und Behandlung, 1896.

67. Hansberg. *Arch. f. Laryng.*, Bd. 51, 896.

68. Semon. *L. c.*, Bd. 56, 1897.

69. Benckisern-Krumm. Ueber eine neue Methode der Karcinombehandlung nach Dr. Keating-Hart. *Deut. med. Wochen.*, n° 10, 1908.

70. Nagelschmidt. Bemerkungen zur Blitzbehandlung, *l.c.*

71. Strebel. Bemerkungen zur Karcinombehandlung nach Keating-Hart. *l. c.*, n° 14.

72. Abel. Ueber ein neues Fulgurationsinstrumentarium, *l.c.*, n° 17.

73. Chiari. 2 Fälle von Larynxextirpationen wegen Karcinom. *Wiener med. Wochen.*, n° 16, 1908.

74. Cisneros. *Centr. f. Laryng.*, s. 126, 1905.

75. Kocher-Rutsch. *Deut. Zeit. f. Chir.*, bd. 50, 1899.

76. Baginski. Zur Frühdiagnosis und Behandlung des Larynxcarcinoms. *Deut. med. Wochen.*, n° 11, s. 409, 1906.

77. Navratil. *Arch. f. klin. Chir.*, 1905.

78. Prof. Schiff. R. *Clinique et thérapeutique contemporaines*, n° 3, 1907.

80. Schiff. Sur la Röntgenthérapie des épithéliomas.

81. Scholtz. R. *l. c.* Sur quelques indications nouvelles pour l'emploi thérapeutique des rayons de Röntgen. *Deut. med. Wochen.*, 28 avril, 1907.

82. Prof. Spigearsky. *Vratchebnaïa Gazeta*, n° 13, 1907.

83. Carle (N.). *Presse méd.*, 3 avril 1907. Contribution au traitement des tumeurs malignes au moyen des injections de trypsine.

84. Merczel. R. *Int. Ctb. f. Lar.*, 41, 1907. Vor. 12 und 10 Zahren mit Totalextirpation operirte radical geheilte Fälle von Kehlkopfkrebs.

85. Schilling. Bericht über den weiteren Verlauf einer von Dr Winkler-Bremen durch Laryngofissur operirten Falles von Kehlkopfscarcinom. 20 avril, 1907.

86. Winkler. Ueber das Larynxcarcinom. XIII Verh. des Vereins südd. Laryng.

87. Otto J. Stein. Fall von Kehlkopfneubildung. Anal. *Int. Ctb. f. Laryng.*, I, 1908.

88. Otto J. Stein. Die Wichtigkeit der frühzeitigen Diagnose bei malignen Erkrankungen des Kehlkopfs, anal. *l. c.*

89. Pevez. Maligne Kehlkopfgeschwülste. Statistische Resultate der in Italien vorgenommenen Larynxextirpationen, anal. *l. c.*

90. James J. Campbell. Trypsinbehandlung eines Falles von maligner Erkrankung der linken Tonsille, Zungenbasis und Epiglottis, anal. *l. c.*

91. Homer Dupuy. Günstiger Einfluss von Trypsin in einem Falle von Kehlkopfsepitheliom, anal. *l. c.*

92. Rosenkranz. Die Fulgurationsbehandlung der Krebse nach Keating-Hart. *Berl. med. Gesell.*, 23 avril 1908.

93. Crevny. Ueber Blitsbehandlung. 37 Versammlung d. deut. Gesell. f. Chirurgie zu Berlin.

94. Junke. *L. c.* Ueber Einwirkung von Radium auf maligne Tumoren.

X

UN CAS DE PYOHÉMIE PAR OTITE MOYENNE AIGUE

Par **E. RIMINI** (de Trieste).

[Traduction par M. Menier, de Figeac.]

Ce n'est pas tant pour la rareté du cas que pour les considérations sur la pyohémie otogène qu'on en peut tirer que je juge utile d'exposer le cas suivant d'otite aiguë, chez une fillette, avec complication de phénomènes pyohémiques.

K. A..., âgée de 12 ans, fut prise le 18 septembre 1908 de douleurs à l'oreille gauche et à la moitié gauche de la tête.

Le 24 septembre, l'enfant fut conduite à la clinique otologique de l'hôpital civil. A l'examen otoscopique, on trouva la membrane du tympan rougie ; écoulement purulent abondant. Apophyse légèrement douloureuse à la pression.

On prescrivit le traitement habituel : l'enfant ne fut pas revue jusqu'au 1er octobre. Quelques jours plus tard, c'est-à-dire le 6, la céphalée ayant augmenté et comme on avait constaté une saillie dans le segment postérieur du tympan, on pratiqua la paracentèse. Le conseil, donné à la mère de la malade, de faire entrer celle-ci à l'hôpital ne fut pas suivi. Pendant ce temps, la céphalée augmentait progressivement et l'aspect de la malade était plutôt souffrant.

Le 8 octobre, à 6 heures de l'après-midi, apparut, subitement, un frisson d'un quart d'heure de durée qui se reproduisit le lendemain également dans l'après-dîner avec la même intensité et la même durée.

Le 10 octobre, à 5 heures du matin, nouveau frisson de froid intense, durant 1/2 heure.

Enfin le consentement de la mère étant obtenu, la malade entre à l'hôpital.

11 octobre. Température à 8 heures du matin : 37° 1 ; 4 heures du soir : 38°2.

12 octobre. Le matin, frisson ayant duré plus d'une 1/2 heure ; température : 39°6, à 4 heures du soir : 36°7.

13 octobre. Température à 8 heures du matin : 38°6. La malade ayant été transférée dans la 4e division de chirurgie, je pratiquai avec l'aide précieuse du Dr Comisso, la trépanation de la mastoïde. Corticale sclérosée à la surface mastoïdienne ; dans la profondeur, vers l'antre, quelques gouttes de pus. En se dirigeant vers la pointe on trouve une abondante quantité de pus sous forte pression au

voisinage du sinus sigmoïde qui faisait en avant une saillie anormale. Il s'agissait d'un abcès périsinusal.

Après l'opération, l'enfant se remit rapidement et la céphalée disparut. Température à 4 heures de l'après-midi : 37°.

14 octobre. Température à 8 heures du matin : 37°8. La malade n'a pas de céphalée. Température à 4 heures de l'après-midi : 36°8.

15 octobre. Température à 8 heures du matin 36° ; euphorie. Pansement. Température à 4 heures de l'après-midi 37°4.

La marche ultérieure ne présenta rien de particulier ; la température se maintint normale, sauf quelques petites élévations de quelques dixièmes et la malade se remit rapidement de façon complète.

Nombreuses sont les publications sur la pyohémie otogène.

Hessler dans son vaste et savant traité sur la question [1] distingue la pyohémie simple avec ou sans métastases, de la pyohémie consécutive à la phlébite du sinus transverse.

La première apparaît à la suite de la pénétration de pus ou de germes pyogènes dans le courant sanguin, sans participation des sinus de la dure-mère.

J'ai eu occasion d'observer il y a quelques années un cas analogue que j'ai déjà publié [2].

Il n'y a pas longtemps, j'en ai observé un autre. Il s'agissait d'un enfant de quelques années qui, atteint d'otite aiguë, eut quotidiennement pendant tout le cours d'une semaine des frissons dont la relation avec l'affection d'oreilles ne fut pas pris, au début, en considération par les parents du petit malade. Mon intervention ayant été alors réclamée sur le conseil du médecin de la famille, et ayant trouvé à l'examen otoscopique saillie de la membrane du tympan un peu rouge, je fis la paracentèse qui donna issue à du pus. La stagnation du pus dans l'oreille moyenne ayant donc été éliminée, les frissons ne reparurent plus et la guérison se fit rapidement.

Actuellement, parmi quelques otologistes, prédomine l'opinion qu'il n'existe pas de pyohémie otogène sans phlébite d'un des sinus de la dure-mère.

Körner [3], au contraire, soutient qu'il existe un type spécial de pyohémie otogène consécutive à l'*ostéophlébite du temporal* qui survient de préférence dans l'otite aiguë et dans laquelle

1. Die otogene Pyämie, 1896. Iéna, Gustav Fischer, éditeur.

2. Fenomeni piemici durante il decorso di un'otite media acuta in una bambina. *Bolletlino delle malattie dell'orecchio*, 16e année, 1898.

3. Die otitischen Erkrankungen des Hirns, der Hirnhäute und der Blutleiter, p. 78.

les métastases se localisent dans les articulations, tandis que les poumons sont ordinairement indemnes.

Un cas de cette forme de pyohémie fut observé et publié par moi il y a quelques années [1].

Il concernait un jeune homme atteint d'otite moyenne suppurée aiguë bilatérale avec abcès mastoïdien d'un côté.

Ayant éliminé par trépanation de l'os, le foyer purulent de la mastoïde, sans intervention sur le sinus, non seulement les phénomènes pyohémiques cessèrent, mais la température qui, le matin avant l'opération était élevée, redevint presque normale après l'opération le soir même et la fièvre modérée qui survint plus tard à la suite d'une collection purulente dans l'articulation du pied droit, disparut dès que cette articulation fut débarrassée du pus.

Malgré l'existence de ces cas où, sans opération sur le sinus, la pyohémie guérit par simple élimination du foyer purulent mastoïdien, les auteurs opposés à l'opinion de l'existence de la pyohémie otogène sans phlébite d'un des sinus de la dure-mère, soutiennent que dans de tels cas, la pyohémie est causée ou par un thrombus pariétal du sinus transverse ou par un petit thrombus dans le sinus pétreux ou dans le bulbe de la jugulaire; ces thrombus, après évacuation de la collection purulente mastoïdienne perdent leur action infectieuse ultérieure et par conséquent s'organisent sans causer d'autres manifestations pyohémiques.

Si réellement cette observation était vraie, on ne pourrait s'expliquer facilement le fait que l'abcès de la mastoïde étant évacué, la fièvre qui souvent existe avant l'opération, s'évanouisse rapidement. Si la fièvre était due à la présence d'un thrombus infectieux dans l'un des sinus de la dure-mère et non à la pénétration de germes pyogènes ou de leurs toxines dans le courant sanguin en provenant du foyer purulent de l'os, après l'élimination de celui-ci, le thrombus pourrait aussi causer encore quelques phénomènes pyohémiques en maintenant élevée, pendant quelques jours, la température.

L'expérience enseigne au contraire qu'après évacuation de la collection purulente de la mastoïde, le jour même de l'opération sur l'os, la fièvre s'évanouit et que, si elle n'est pas provoquée par des métastases qui surviennent, elle ne reparaît plus.

Dans le cas exposé, il s'agissait d'un abcès périsinusal qui

1. Ueber einen Fall von Pyämie durch Osteophlebitis im Schläfenbein (Körner) bei akuter doppelseitiger Mittelohrentzündung, *Zeitschrift für Ohrenheilkunde.*

doit être, sans plus, considéré comme la cause des phénomènes pyohémiques apparus.

L'abcès extra-dural qui se développe de préférence dans l'otite aiguë et dont la fosse cérébrale postérieure est le siège de prédilection a souvent une marche latente et la fièvre fait souvent défaut [1]. Par contre, dans le cas décrit, il causa des phénomènes pyohémiques ; il est probable que la forte pression sous laquelle le pus se trouvait au voisinage du sinus avait favorisé la pénétration des germes pyogènes dans le courant sanguin.

En soutenant qu'il existe une pyohémie otogène, sans phlébite de l'un des sinus de la dure-mère, je vise les cas d'otite pyohémique aiguë, dans lesquels, à la suite d'un foyer purulent de la mastoïde, et même sans la présence d'un abcès périsinusal, apparaissent des phénomènes pyohémiques et dans lesquels à la suite de la suppression de ce foyer purulent, sans opération sur le sinus, non seulement les frissons ne se reproduisent pas, mais la fièvre disparaît rapidement.

Cette question a une importance non seulement scientifique, mais aussi hautement pratique, puisque parfois dans ces cas isolés de pyohémie dans l'otite aiguë, desquels nous avons parlé, en s'en tenant à l'opinion que j'ai exprimée, on peut éviter une intervention sur le sinus transverse, qui, si, grâce aux progrès qu'a faits la chirurgie de l'oreille, elle n'est plus liée à de graves dangers, doit cependant être considérée comme étant certainement sérieuse.

1. Körner, *loc. cit.*, p. 30.

XI

TUBERCULOSE PRIMITIVE DU LARYNX

Trachéotomie. Guérison définitive par la galvanocaustie.

Par **ROURE** (de Valence) [1].

L'existence de la tuberculose *primitive* du larynx, longtemps contestée, est actuellement admise par tous les laryngologistes. Toutefois, sa fréquence n'est pas tellement grande et sa thérapeutique tellement uniforme qu'il ne puisse être utile d'en relater un cas suffisamment net.

Observation. — Le nommé G..., âgé de 34 ans, garçon boulanger, entre dans mon service de l'hôpital de Valence, le 13 décembre 1904, avec du tirage et presque aphone.

Son passé pathologique est médiocre. Dans son enfance, il a présenté de l'engorgement des ganglions sous-maxillaires, a eu un érysipèle grave à 15 ans, une pleurésie à 30 ans, une fièvre typhoïde à 33 ans. Il ne tousse pas, mais il a la voix voilée depuis plusieurs mois.

A son entrée dans le service, il se plaint que, depuis deux à trois mois, il a de la gêne respiratoire progressive. La voix s'est peu à peu éteinte ; il n'y a aucune espèce de douleur à la déglutition. Le malade pèse 60 kilogr. La température est d'environ 38° le matin et 39° le soir.

Le larynx présente une tuméfaction non pédiculée, mamelonnée, dont la surface est parsemée de petites nodosités d'aspect dur, les unes rose pâle, presque grises, les autres jaunâtres. Le siège de cette production est l'incisure interaryténoïdienne. Son volume, celui d'une petite noisette, est suffisant pour obturer une grande partie de la lumière du larynx.

Il n'y a aucun engorgement ganglionnaire. Une analyse bactériologique succincte de mucosités prélevées dans le larynx montre quelques bacilles de Koch et quelques streptocoques. L'auscultation ne révèle aucune lésion pulmonaire. Des pulvérisations d'huile mentholée, prescrites en attendant le résultat de l'analyse bactériologique, apportent pendant trois jours un peu d'amélioration. Mais, à partir de ce moment, le tirage augmente avec rapidité ; il est surtout très violent pendant la nuit ; l'asphyxie est imminente. C'est dans ces conditions que je pratique d'urgence la trachéotomie, le 19 déc. à 11 heures du soir.

1. Communication à la Société médico-chirurgicale de la Drôme et de l'Ardèche, février 1909.

Les jours suivants, l'état du malade est bon, la respiration aisée ; il n'y a pas de toux. A partir du 22, la température baisse ; elle est normale le matin et s'élève un peu au-dessus de 38° le soir.

Le traitement a consisté uniquement en cautérisations galvaniques. Tous les trois ou quatre jours, je pratiquais, après anesthésie locale à la cocaïne, quelques pointes de feu profondes de 1 centimètre dans l'épaisseur de la tumeur. Elle ne tarda pas, d'ailleurs, à se réduire, et, le 10 janvier, le malade pouvait, en enlevant sa canule, parler un peu et éteindre de son souffle une bougie.

Le poids s'était élevé à 64 kilogr. le 4 janvier et à 69 kilogr. le 19 janvier. La canule est enlevée définitivement vers le milieu du mois de mars sans accidents de décanulation.

Entre temps, je demandai au Dr Regad de vouloir bien pratiquer quelques analyses bactériologiques de mucosités prélevées, les unes dans la trachée, les autres dans le larynx. Le résultat de ces analyses a été le suivant[1] :

1re Série.	*Trachée.*	Pas de bacilles de Koch ; microorganismes très rares.
	Larynx.	Bacille court qui n'est ni celui de la diphtérie, ni celui de Koch, qui paraît être du « subtilis », *en quantité énorme.* Quelques staphylo- et streptocoques.
2e Série. Mucosités prélev. 5 jours après les précédentes.	*Trachée.*	Aucun bacille.
	Larynx.	Plus de subtilis. Quantité innombrable de tétragènes presque purs.

J'ai eu l'occasion de revoir ce malade il y a un mois, c'est-à-dire quatre ans après sa maladie : le larynx est normal, il ne présente aucun rétrécissement et il n'y a plus trace de tumeur. Cet homme a repris son métier pénible de garçon boulanger et l'exerce sans difficulté. La guérison peut être considérée comme définitivement acquise.

Il est utile que j'ajoute quelques explications pour justifier le diagnostic de tuberculose primitive que j'ai porté.

L'aspect de la tumeur que j'ai décrite plus haut la différencie nettement des tumeurs bénignes du larynx (polypes, papillomes,

1. Il est à remarquer la différence considérable de ces deux analyses pratiquées sur des mucosités prélevées à cinq jours d'intervalle. Alors que dans la trachée on ne trouve presque rien, dans le larynx on remarque la première fois de nombreuses colonies de « *subtilis* » ; la seconde fois une énorme quantité de « *tétragènes* ».

Ces microorganismes ont certainement une origine buccale ; ils existent normalement l'un et l'autre dans la bouche, et, suivant certaines modifications de milieu, sont susceptibles de se développer en colonies et quelquefois même de devenir pathogènes.

fibromes). Il est également certain qu'il ne s'agit pas de syphilis; le larynx était pâle comme celui des tuberculeux, et non rouge vif comme celui des syphilitiques; d'ailleurs, il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire, pas de dysphagie; le succès de traitement employé vient aussi à l'appui de mon affirmation. Le cancer, parvenu au volume de la tumeur observée aurait produit des adénites, donné lieu à des hémorragies, entraîné de la gêne à la déglutition et ne se serait pas trouvé amélioré par les pointes de feu.

La confusion n'était possible qu'avec le lupus du larynx; mais l'évolution de cette maladie est bien plus longue que celle de la tumeur qui nous occupe, et son siège ordinaire est, du moins au début, l'épiglotte. Cette erreur de diagnostic serait d'ailleurs très relative, puisque l'on s'accorde en général à considérer le lupus comme une tuberculose atténuée. Le diagnostic de tuberculose laryngée paraît donc certain.

Peut-on considérer cette tuberculose comme primitive malgré la pleurésie dont le malade avait été atteint quelques années auparavant. C'est notre avis. En effet, cette affection paraît n'avoir laissé aucune trace de son passage; l'auscultation ne révèle rien, et les analyses faites avec soin par le Dr Regad montrent par deux fois, et chaque fois par plusieurs préparations, l'absence totale du bacille de Koch dans la trachée. D'ailleurs, l'engraissement rapide du malade dès le début du traitement intralaryngé et le bon état de sa santé depuis quatre ans paraissent démontrer suffisamment que le foyer tuberculeux de son larynx était bien le seul qui existât à ce moment dans son organisme.

Le terrain offert par ce sujet est certainement favorable à l'éclosion de la tuberculose; mais ses moyens de défense stimulés par la thérapeutique lui ont permis de triompher deux fois. Sa pleurésie et sa laryngite doivent être considérées comme deux maladies distinctes, sans relation l'une avec l'autre et guéries toutes deux en leur temps. C'est pourquoi nous avons cru pouvoir regarder cette affection comme de la tuberculose primitive du larynx.

Je termine par quelques réflexions sur le mode de traitement employé dans le cas que je viens de relater.

Le succès a été complet; mais est-ce à dire qu'il puisse toujours en être ainsi? Loin de là. L'exécution de pointes de feu profondes dans un larynx est, de l'aveu de tous, chose fort difficile. Sans parler de la difficulté d'agir avec l'image d'un instrument sur l'image d'une tumeur, difficulté commune à toutes les

interventions intralaryngées par les voies naturelles, il faut avoir un malade docile, un larynx dressé, deux conditions rares ou lentes à réaliser. Un mouvement du malade, du miroir peut créer une lésion inutile, une soudure peut-être, un rétrécissement consécutif. Il faut saisir la seconde favorable et la bien utiliser. C'est réalisable, si les productions tuberculeuses sont accessibles à la vue et à l'instrument; mais si elles sont sous-glottiques ou ventriculaires, il est impossible de les détruire entièrement, ce qui est d'une importance capitale si les lésions pulmonaires sont légères ou nulles.

Dans les cas de ce genre, il faut admettre la possibilité d'une intervention plus large, permettant une action radicale et efficace, je veux parler de la laryngofissure ou de la laryngostomie.

Le traitement de la tuberculose laryngée est à un tournant de son histoire. On tend vers une thérapeutique plus chirurgicale. Déjà, nous avons vu pratiquer depuis plusieurs années la trachéotomie pour mettre l'organe au repos et à l'abri des crachats septiques. La laryngofissure maintes fois exécutée, la laryngostomie que nous avons eu le privilège de voir pratiquée tout récemment par Sargnon, dans un cas de tuberculose laryngée, nous paraissent des opérations d'avenir.

L'ouverture du larynx est une intervention facile, qui n'expose pas le malade à des dangers appréciables et qui permet une thérapeutique locale commode, active et efficace, parce que le moyen employé peut être exactement approprié à la forme que l'on a sous les yeux, excision, raclage, galvanocaustie, et même radiothérapie et fulguration.

Moins élégante peut-être, mais plus facile que l'opération par les voies naturelles qui nécessite dans certains cas une véritable virtuosité, la chirurgie à ciel ouvert de la tuberculose laryngée nous paraît être une méthode plus sûre, plus profitable en un mot pour le malade toutes les fois que l'état général et l'état pulmonaire sont assez satisfaisants.

XII

DEUX CAS DE CORPS ÉTRANGER BRONCHIQUE

Par **Ricardo BOTEY** (de Barcelone).

[Traduction par B. de Gorsse, de Luchon.]

I. — Corps étranger (fragment d'os) profondément enclavé dans la bronche droite ; extraction par la bronchoscopie supérieure.

Il s'agit d'une femme de trente-sept ans, appelée Françoise Guardia, blanchisseuse de son métier, habitant dans la rue d'Angli, numéro 13 *bis*, à Sarria, qui vint me trouver, le 19 février, sur la recommandation du docteur Michel A. Fargas.

Le 2 janvier passé, cette femme, en mangeant sa soupe, sent qu'un os s'arrête dans son gosier ; puis il tombe dans le conduit aérien, occasionnant, comme c'est l'habitude dans ces cas, un terrible accès de suffocation.

Cet accès se passe ; mais depuis ce jour, la malade respire difficilement ; elle ressent de l'oppression du côté droit de la poitrine, elle a de la toux avec expulsion de mucosités parfois teintées de sang, mais sans crises nouvelles de suffocation.

Les rœntgenologues Comas et Prio font des radiographies du thorax de la malade et constatent un obscurcissement dans le deuxième espace intercostal droit qui pourrait bien être le corps étranger en question.

Quand je vis la malade, il y avait quarante-huit jours que l'accident avait eu lieu. Il y avait de l'amaigrissement (perte de 20 kilogr. en six semaines), une dyspnée peu accentuée, de l'impossibilité à dormir sur le côté droit et trois dixièmes de température.

L'auscultation prouvait une diminution évidente du murmure vésiculaire sur toute la hauteur du poumon droit, avec perméabilité parfaite du poumon gauche.

Le 20 février, après anesthésie du larynx avec de la cocaïne à 15 pour 100, j'introduis le tube de Brunings, de douze millimètres, dans le larynx, la malade étant assise. Le passage à la trachée fut facile ; la bronche est cocaïnisée, puis le tube est incliné vers la droite et la bifurcation est bientôt aperçue ; le tube interne est introduit par la bronche et je finis par voir à la perfection le corps étranger qui est montré à la famille et à MM. Lusi, Bolos et Colom qui étaient présents.

Le corps étranger était blanc ; il était entouré d'un anneau de mamelons charnus et profondément enclavé dans l'intérieur de la bronche.

Le tube marquait 32 centimètres à l'arcade dentaire. Un aide me donna la pince de Brunings allongée à 35 centimètres, et grâce à

elle, en moins d'une minute, je cueillis et retirai le corps étranger en même temps que le tube interne, car il ne put passer à travers ce dernier.

L'opération, y compris l'anesthésie, dura environ dix minutes.

Je m'excuse de dire ici que ma joie, à ce moment, fut aussi vive que celle de la malade elle-même.

C'était un os de veau de 10 millimètres de long sur 7 à 8 de large.

A partir de cet instant, la malade respira amplement avec le poumon droit, et expulsa les jours suivants quelques crachats avec des fragments de tissu de granulation.

Je présentai le cas à l'Académie des Sciences médicales, le 24 février dernier et à l'Académie royale de médecine de Barcelone, le 15 mars : c'est *le premier cas de corps étranger profondément enclavé dans une bronche, extirpé en Espagne par la bronchoscopie supérieure ou transglottique.*

A Madrid, on a extrait quelques corps étrangers de l'entrée de la bronche droite (Tapia, Botella, Compaired), non par les voies naturelles, mais par la bronchoscopie inférieure ou *infra-glottique*, comme je l'appelle. Dans ces cas, on fait une trachéotomie préalable, et on passe le tube à travers la plaie ; ici, l'opération est plus facile, mais parfois (chez les enfants) on ne peut opérer d'aucune autre façon.

Mon cas est le cas idéal de la bronchoscopie ; c'est surtout pour arriver à cet idéal que Killian a inventé ses instruments.

II. — Corps étranger à l'entrée de la bronche droite ; extraction par la bronchoscopie infra-glottique.

Le cas que je vais brièvement rapporter a été présenté par moi à la séance du 24 février passé à l'Académie des Sciences médicales, en même temps que le précédent.

Je considère la dénomination de transglottique appliquée aux bronchoscopies supérieure et inférieure, comme plus appropriée que n'importe quelle autre. En réalité, quand le tube est introduit par la bronche, il faut *franchir la glotte*, et quand on le passe par la plaie trachéale, il faut l'insinuer *au-dessous de la glotte*.

Observation. — Enfant de 7 ans, du nom de Salvador Roca, habitant Vendrell (province de Tarragone). Je l'ai vu le 9 février dernier, sur la recommandation du Dr D. Salvador Reventos, médecin du pays.

Le 26 décembre 1908, alors que l'enfant mangeait des pignons et les faisait craquer avec les dents, il eut un accès de toux. Alors, dans une inspiration violente, un morceau de coquille de pignon fut entraîné jusqu'au conduit aérien, occasionnant une très forte crise d'asphyxie qui dura plus d'un quart d'heure. Cette crise se calma peu à peu, mais l'enfant devint dyspnéique, surtout dans la position

couchée, et pendant son sommeil, la respiration fut, depuis ce jour, très bruyante.

Les parents ne songèrent pas à consulter un médecin, pensant que leur fils était fortement enrhumé. L'enfant allait à l'école, mais se reposait, ne pouvait courir sans haleter, toussotait et crachait de temps en temps des mucosités sanguinolentes.

44 jours se passèrent de la sorte. Le 7 février dernier, l'enfant se mit à tousser en mangeant ; il eut des crachats fortement ensanglantés, en même temps que la dyspnée se changeait en orthopnée intense, avec angoisse extrême et douleur pongitive derrière le manche du sternum. Cette nuit fut horrible, l'enfant étouffait, ne pouvait se reposer un seul instant.

La famille, alors alarmée, consulta le Dr Salvador Reventos. Ce confrère distingué reconnut la nature du mal et eut la bonté de m'envoyer un mot pour me relater ses observations ; je vais en extraire les faits les plus importants :

« A la seule vue du malade, et en raison de la dyspnée intense dont souffrait le malade, je fis le diagnostic de sténose sur le trajet des voies respiratoires supérieures...

« Lors de l'examen, le petit malade était pris d'une angoisse extrême, cherchant toutes les positions qui pouvaient améliorer la respiration, mais sans en trouver. Il portait de temps à autre, les mains au cou comme s'il eût essayé d'en arracher un objet qui l'étouffait. Comme on peut le penser, cette orthopnée s'accompagnait d'une suractivité des muscles respiratoires ; il existait un fort tirage sus-sternal, sus-claviculaire, épigastrique et costal, surtout du côté droit. La voix, malgré ces symptômes si alarmants, était absolument normale.

« L'examen aryngoscopique ne révélait rien à l'épiglotte ou à l'intérieur du larynx. Les cordes vocales paraissaient saines. L'auscultation de la poitrine montrait une *absence absolue de tout bruit vésiculaire dans toute la hauteur du poumon droit*, tout en conservant à la percussion une sonorité normale.

« Du côté gauche, il y avait une *diminution notable du bruit vésiculaire*, un affaiblissement des battements cardiaques et du pouls, qui, par intervalles, était paradoxal. Malgré la gravité du cas, il n'y avait pas d'élévation de la température.

« D'après les sympômes et les renseignements donnés, le diagnostic était facile. On pouvait éliminer d'emblée toute infection (diphtérie, croup), ainsi que la possibilité d'une obstruction mécanique consécutive à des polypes ou à un processus endo- ou extralaryngé. Il résultait de tout ce qui a été exposé que les phénomènes morbides ne pouvaient être consécutifs qu'à l'introduction d'un corps étranger dans le conduit aérien, lequel, logé d'abord dans la région cricoïdienne se déplaça un jour pour tomber à l'entrée de la bronche droite, occasionnant ainsi les troubles très graves qui furent notés le 7 février.

« C'est cela que j'exposai à la famille de l'enfant, et qui fut pleinement confirmé par le Dr J. Gomez, avec lequel je me rencontrai le jour suivant, et l'on décida d'envoyer immédiatement l'enfant à la clinique du Dr Botey. »

En effet, le 9 février, l'enfant étant moribond et au dernier degré de l'asphyxie, on le fit partir accompagné par sa mère.

Comme j'avais été avisé de son arrivée, tout avait été préparé en l'attendant.

Quand je le vis, pâle, froid, en transpiration, les lèvres livides, les yeux à demi-fermés, l'intelligence endormie, la respiration des plus difficiles avec tirage de violence extrême, l'appendice sternal enfoncé presque jusqu'à la colonne vertébrale, comme si son articulation avec les cartilages costaux s'était déprimée, j'eus peur qu'il ne succombât sur la table d'opération, et fis part de ces craintes à la pauvre mère.

La bronchoscopie transglottique était impossible dans de pareilles circonstances. La chloroformisation eût été le fait d'une téméraire imprudence. J'optai pour la trachéotomie rapide de Bourdillat que je fis sans anesthésie locale. L'enfant s'aperçut à peine de l'opération.

La trachée ayant été largement ouverte afin de pouvoir introduire par elle un tube, *l'enfant continua à très mal respirer*, preuve que l'obstacle siégeait dans la région thoracique. Je me félicitai de n'avoir mis aucune canule de trachéotomie qui n'eut donné aucun résultat utile.

Le plus rapidement possible, et malgré l'émotion que je ressentais, j'introduisais un tube de Brunings (de 8 millimètres pour 15 centimètres) par la plaie trachéale ; je le mis avec de grandes précautions et peu profondément, de peur de repousser le corps étranger. Je ne pus rien voir. La cavité trachéale était occupée par une mousse sanguinolente qui oscillait avec les mouvements respiratoires.

Sans cocaïnisation préalable, je nettoyai la trachée à l'aide de la pompe et de porte-coton ; l'enfant parut respirer avec moins de difficulté.

Je remis le tube.Je vis alors, enfin, le corps étranger arrêté obliquement sur l'entrée de la bronche droite, et oblitérant partiellement l'ouverture de la bronche gauche.

En poussant un peu plus le tube, je heurtai le corps étranger et au lieu de pénétrer dans la bronche, car il était d'un diamètre supérieur à celle-ci, il se plaça de champ, ce qui facilita la respiration.

Un coup de toux plaça alors le morceau de coquille de pignon contre la bouche du tube, et l'inonda en même temps de mucosités sanguinolentes que je nettoyai à l'aide de porte-coton imbibés de cocaïne. Je pris alors la petite pince à crochets de Brunings que je raccourcis à 20 centimètres, et pus saisir facilement le fragment de coquille que je retirai en même temps que le tube parce qu'il ne pouvait passer en dedans de celui-ci.

La coquille était de grandes dimensions : elle avait 10 millimètres sur 15. On comprend qu'elle ne pouvait s'enfoncer dans la bronche droite, comme dans l'observation précédente [1], et que, arrêtée en

1. La lumière de la bronche droite d'un enfant de sept ans ne dépasse pas 9 millimètres.

travers de la bifurcation, elle bouchait, pour ainsi dire, les deux ouvertures bronchiales, blessant par ses extrémités la muqueuse et restant attachée à cet endroit.

Je suturai la plaie en 2 plans et ne mis pas de canule trachéale.

A partir de cet instant, l'enfant se reprit à respirer parfaitement ; il se fit une véritable résurrection. Quinze jours plus tard, je le présentai, la plaie cicatrisée, à l'Académie, et il repartit chez lui le lendemain .

Réflexions. — Ce cas se rapproche des ceux du Dr Tapia (noyau d'olive, pépin de pastèque) ainsi que celui publié récemment par le Dr Botella (sifflet de roseau). Mais dans mon cas, le corps étranger n'était pas, à l'ouverture de la trachée, placé au-dessus de la plaie; par conséquent, l'opéré ne pouvait pas respirer par une canule, comme dans les deux cas rapportés par Tapia, où le corps étranger tomba au-dessous de la canule que portèrent les malades. De plus, mon cas se compliquait de dyspnée effroyable, chose qui n'existait pas chez le petit malade du Dr E. Botella.

Chez mon opéré, je ne mis pas de canule de trachéotomie, parce qu'il paraissait évident qu'elle serait inutile, l'obstacle se trouvant d'emblée très au-dessous de la canule.

L'incision trachéale rendit très facile une bronchoscopie infraglottique sans laquelle l'enfant eût succombé. Du reste, des manœuvres aveugles faites avec des pinces à travers la plaie, eurent d'abord été dangereuses, et de plus infidèles à cause de la difficulté qu'il y a à pêcher un corps étranger sans le voir.

La seule trachéotomie ne m'aurait pas donné ici le résultat que j'obtins dans un cas que j'ai publié dans la *Revista de Medicina y Cirugia practicas*, en juillet 1907 [1].

Dans ce cas, le pignon oscillait dans la trachée de temps à autre comme une navette, tandis que dans l'observation présente, le corps étranger était comme attaché à la bifurcation. On conçoit donc que dans ce dernier, j'aie été obligé d'introduire par la plaie, tube et pince, pour extraire le corps étranger, alors que, dans l'autre, il ait suffi d'écarter les lèvres de la plaie pour qu'un fort coup de toux ait éliminé l'intrus.

1. Pignon logé, sans enclavement, dans la bronche droite. Extraction par simple trachéotomie, par Ricardo Botey.

XIII

ÉRYSIPÈLE PRIMITIF DU LARYNX[1]

Par **Giuseppe SOLARO**,
Assistant à l'Hôpital Majeur de Milan.

L'érysipèle primitif du larynx dont Massei, le premier, a tracé le tableau clinique et anatomo-pathologique, est une affection assez rare; pour cette raison, les divers cas méritent d'être publiés comme contribution à la connaissance et au traitement de quelques formes obscures et dangereuses d'œdème laryngien aigu.

Edmondo Bader, 46 ans, portefaix, veuf, de Vérone, entre à l'hôpital le 16 août 1908.

Dans les commémoratifs : aucune affection antérieure importante. Le malade est grand buveur de liqueurs, fume et chique du tabac. Il n'a pas de domicile fixe et s'abandonne habituellement à une vie de débauches et de fatigues, dormant souvent dans des endroits infects et malsains.

Le matin même du 16 août, s'étant rendu comme d'habitude à son travail, en pleine santé, il fut pris brusquement (vers 10 heures) d'un violent frisson et d'un malaise intense avec grave prostration, tels que quelques personnes présentes se hâtèrent de le transporter à l'hôpital, où il fut placé dans une salle de médecine.

Là, le malade offrait l'aspect d'un sujet gravement atteint ; il était agité, délirant. Température 40°9 ; pouls 120; respiration fréquente. On ne trouvait pas de troubles objectivement perceptibles des organes thoraciques et abdominaux. Le malade parlait avec peine, d'une voix rauque et accusait une sensation de brûlure et une douleur à la gorge, s'exacerbant dans la déglutition jusqu'à devenir très violente.

Cet état alla en s'aggravant dans les heures qui suivirent; la voix devint de plus en plus rauque ; la dyspnée apparut et s'accentua rapidement de façon impressionnante, au point d'exiger d'urgence le transfert du sujet dans notre service.

Examen objectif (7 heures). Le malade est en délire et a l'air de beaucoup souffrir. Il se plaint de douleurs à la gorge et d'une sensation de suffocation. La phonation est impossible. On constate : tuméfaction douloureuse des ganglions lymphatiques cervicaux et sous-maxillaires ; larynx douloureux à la palpation. Rien d'anormal à l'inspection de la gorge et du pharynx.

A l'examen laryngoscopique, on relève : vive rougeur et tuméfaction de la muqueuse du vestibule laryngien. La tuméfaction intéresse les replis aryténo-épiglottiques et surtout la face postérieure de l'épiglotte et les bandes ventriculaires, de façon à réduire la lumière du larynx à une fente irrégulière et étroite.

On juge une intervention nécessaire, et après anesthésie locale à

1. Service d'oto-rhino-laryngologie dirigée par le prof. U. Calamida.

la stovaïne, on pratique la trachéotomie. Pas d'incident pendant l'acte opératoire qui procura un grand soulagement au malade.

17 août. Température 38°5; 37°9. Pouls 104, régulier. Nuit assez calme. Écoulement catarrhal abondant par la canule trachéale. Autour de la plaie et sur une étendue de 1 à 2 centimètres, la peau offre une rougeur intense ; elle est tendue, luisante, douloureuse. Au matin, le délire recommence.

18 août. Température 38°5; 38°. La rougeur cutanée, de caractère manifestement érysipélateux s'est étendue, se terminant par des limites nettes, en haut, au niveau de l'os hyoïde et en bas au niveau de l'union de la poignée avec le corps du sternum, et latéralement au niveau du bord externe des muscles sterno-cleïdo-mastoïdiens. A la laryngoscopie, l'état de la muqueuse laryngée ne présente naucu changement.

19 août. T. 38° 7; 37° 6.

20 août. T. 37° 2; 36° 9. Toujours du délire. Le malade essaie de se lever, en proie à une vive agitation et il déchire les draps du lit. On doit le faire maintenir par des moyens contentifs et le faire transporter dans la salle des délirants.

26 août. Pas de fièvre. L'érysipèle cutané va en diminuant et la peau commence à se desquamer. A l'examen laryngoscopique, la tuméfaction de la muqueuse laryngée apparaît très diminuée ; cependant, les bandes ventriculaires sont encore tuméfiées et les cordes vocales ne sont pas visibles.

Le sujet est encore agité, mais le délire a cessé.

29 août. Le malade rentre dans la salle commune. La rougeur cutanée est circonscrite aux bords de la plaie ; tout autour la peau est en voie de desquamation.

On essaie d'enlever la canule et de fermer l'ouverture de trachéotomie, mais le malade ne peut encore respirer. A l'examen laryngoscopique, les bandes ventriculaires sont encore modérément tuméfiées.

9 septembre. Le sujet est décanulé. La respiration peut se faire librement par voie laryngée; la voix est rauque, pénible. La muqueuse du larynx est encore rouge, mais n'est plus tuméfiée.

Les jours suivants, la plaie de trachéotomie se rétrécit et se cicatrise régulièrement ; la voix retourne peu à peu à la normale.

Le 18 septembre, le malade peut sortir guéri. On le revoit dans les premiers jours de mars 1909. Les conditions anatomiques et physiologiques du larynx sont parfaitement normales. Le seul vestige de l'intervention opératoire est une petite cicatrice cutanée.

La marche clinique du cas rapporté concorde parfaitement avec le tableau précisé par Massei : apparition brusque, avec fièvre élevée, aggravation rapide, délire et deux symptômes dominant d'une façon particulière : dysphagie intense et dyspnée.

Objectivement, environ 9 heures après le début de la fièvre,

on constatait : tuméfaction des ganglions cervicaux et sous-maxillaires, douleur du larynx à la pression ; rien d'anormal au pharynx ; dans le larynx, forte rougeur et tuméfaction de la muqueuse du vestibule, expliquant le siège et la nature de l'obstacle à la respiration, auquel on porta promptement remède par la trachéotomie.

Les commémoratifs excluant l'existence de maladies en cours et les constatations objectives locales établissant qu'il s'agissait d'un processus inflammatoire très aigu, primitif, du larynx on posa le diagnostic de deux affections laryngées, ayant en commun la marche clinique caractéristique décrite ci-dessus : une superficielle, érysipélateuse, de Massei, l'autre, plus profonde, phlegmoneuse, de Senator. Ce diagnostic fut bientôt confirmé par l'apparition de l'érysipèle cutané autour de la plaie de trachéotomie, érysipèle qu'à coup sûr, on ne pouvait imputer à l'acte opératoire, car, on avait en tous points suivi les règles de l'asepsie.

On sait, en effet, que le streptocoque est l'agent pathogène commun à l'érysipèle et au phlegmon laryngés. Seule, la marche ultérieure pouvait faire élucider de laquelle des deux formes il s'agissait dans le cas spécial, étant données l'analogie des manifestations cliniques à la période initiale et la possibilité de transformation de la forme superficielle en la forme profonde. Cette marche ultérieure, grâce au caractère que lui imprima la régression graduelle des phénomènes généraux et des altérations locales, sans aucune complication purulente put faire exclure la forme phlegmoneuse.

Il faut noter que dans ce cas, comme il arrive souvent, il s'agissait d'un individu fortement alcoolique, ayant un régime de vie très irrégulier et souverainement contraire à l'hygiène, conditions qui peuvent avoir notablement influé comme cause prédisposant à l'infection ; il faut noter aussi le délire très marqué et longtemps persistant même après le retour de la température à la normale et la lenteur avec laquelle se fit la régression des lésions anatomiques et la restitution de la fonction laryngienne, de telle sorte que le décanulement ne put être fait que vingt-quatre jours après l'opération.

La connaissance de cette forme morbide rare du larynx a un intérêt éminemment pratique, car à cause de sa marche rapide, des manifestations souvent menaçantes pour la vie du malade, qu'elle provoque, elle réclame ordinairement une prompte intervention.

II. — PHYSIOLOGIE

LA PHONÉTIQUE EXPÉRIMENTALE CONSIDÉRÉE DU POINT DE VUE MÉDICAL

Par **ZWAARDEMAKER** (d'Utrecht).
[Traduction par Menier, de Figeac.]

§ 1. — Introduction.

Les faits composant la phonétique expérimentale proviennent de diverses sources : les unes, *a*) physiologiques, les autres, *b*) linguistiques, d'autres, enfin *c*) pathologiques. Avec les théories qui les rattachent les uns aux autres, ils forment une science particulière, dont la délimitation peut être empruntée à la définition de Jespersen : « Elle s'occupe des sons, en tant que ceux-ci sont produits dans le but d'être employés comme moyen de communication, comme parole [1]. »

Bien que la phonétique expérimentale s'occupe donc exclusivement de la parole, nous ne pouvons moins faire que de mentionner brièvement ici ses rapports avec le chant. La vieille théorie de Darwin, que la parole est sortie du chant, en tant que manifestation d'un mouvement de l'âme, est repoussée de plus en plus au second plan, dans ces dernières années, par la théorie récente de Wundt qui considère la parole comme une forme de mimique.

Les moyens les plus primitifs pour l'échange des idées, ce sont les gestes. L'enfant a recours à la pantomime et à la mimique avant de parler, et l'adulte y revient souvent, surtout dans un état d'émotion.

Il n'est pas absolument exclu que le langage des gestes puisse être encore plus perfectionné par voie naturelle [2]; et, sous ce rapport-là, il semble que ce soit presque une erreur de négliger, dans l'enseignement actuel des sourds-muets, le langage des gestes [3]. On devrait au moins s'en servir pour les sujets tout à fait sourds. Avec son aide, on pourrait obtenir bien des choses pour étendre et perfectionner davantage le monde des idées de ces infortunés; on ne pourrait cependant pas approfondir, car l'impossibilité de la relation grammaticale offre un obstacle difficile à surmonter [4].

Pour les entendants, l'homme a de temps immémorial associés le son aux gestes mimiques et s'est créé avec leur aide une mimique conventionnelle et systématique, qui sert, en qualité

de mimique phonétique, à tous les peuples et, même à ceux placés très bas, de moyen d'expression pour les idées et pour leurs relations.

Suivant les divers groupes linguistiques, les mots, qui forment autant de signaux diffèrent ; de même, leur association grammaticale varie. Mais, toutes les langues ont un fait commun ; c'est l'emploi concomitant des mouvements de phonation et du son.

La mimique phonétique est devenue, en tant que moyen d'expression, possible à l'homme, parce qu'il dispose :

1° D'une musculature labiale très développée ;

2° D'une langue aux muscles puissants ;

3° D'une musculature vélaire ou pharyngienne [3] rendant possible une occlusion rapide et complète ;

4° D'un muscle vocal dans l'intérieur des cordes vocales ;

5° D'un antagonisme délicatement réglé entre le diaphragme et la musculature abdominale.

Probablement, tous ces dispositifs existent pour des motifs étrangers à la parole. Ainsi, la disposition particulière des muscles palatins peut être en relation avec l'olfaction gustative, qui est propre exclusivement à l'homme et aux primates. Puis, la musculature très perfectionnée du larynx peut être conditionnée par la régulation, sur laquelle insista Helmholtz, de l'expiration par le rétrécissement de la glotte, qui ne manque certes pas à l'animal, mais qui a une signification beaucoup plus importante, à cause de la fixation de la ceinture scapulaire pendant le travail manuel.

Enfin, l'antagonisme indiqué à 5°, qui se manifeste surtout dans la marche en position verticale.

En dehors d'une mécanique qui peut s'employer en bien des cas au point de vue articulaire, des dispositions sensorielles sont nécessaires. Les recherches récentes sur les sourds-muets ont montré qu'un degré déterminé d'audition qui s'étend sur un certain parcours de la gamme (zone de parole de Bezold-Schmiegelow) est absolument nécessaire pour parler.

Mais, la perfection des appareils périphériques, en soi, n'aurait jamais été suffisante à procurer une parole à l'homme.

Ici, surtout, sont plutôt nécessaires, les liaisons associatives cérébrales, dont la perte provoque l'aphasie sous ses diverses formes. Sans ces centres et voies, une simple répétition est possible (perroquets, beo, etc.).

La mimique phonatoire s'est associée, chez l'homme, exclusivement à l'expiration. Les petits enfants produisent, il est vrai,

quelques sons inspiratoires, mais, ceux-ci disparaissent bientôt parce que l'entourage n'en tient pas compte. Parfois, les bègues, dans leur hâte, passent aussi à la parole inspiratoire, surtout quand leur respiration est primitivement irrégulière. Cependant, cela est en réalité pathologique et, d'une façon générale, on peut dire que la parole se produit absolument de façon expiratoire.

§ 2. — La portée de la voix.

L'association de la mimique phonatoire à l'expiration porte avec soi quelques avantages.

1° La perte minime de son dans la direction de propagation.

2° La réflexion du son sur le palais, et, suivant les professeurs de chant, sur la voûte du palais (Nagel [6]).

3° La force *a priori* beaucoup plus grande du son, quand on emploie la voix claire. A ce sujet, une remarque de C. Huyghens [7] peut apporter quelques éclaircissements. Ce dernier, dans une de ses lettres, a indiqué, comment par les réflexions se succédant dans une série déterminée, un son musical peut provenir d'un mouvement sonore continu (voir dans l'original la démonstration très convaincante). D'après lui, cela se produit aussi dans un tuyau d'orgue fermé. Le bruit est réfléchi par le toit et revient à intervalles réguliers à l'extrémité voisine de l'ouverture ou de la languette.

Ainsi, du mouvement sonore continu ou irrégulièrement interrompu provient un mouvement sonore périodique.

Si donc, pendant le résonnement de la voix, les coups d'expiration, continuellement interrompus, sortant du larynx, viennent toucher le palais, sont réfléchis, retournent de nouveau, nous devons, à mon avis, admettre que le son, quoique continu *ab origine* ou irrégulièrement impulsif, acquiert par la réflexion un caractère musical.

Ce son, ou ensemble de sons, se mêlera à ceux qui, par suite de la résonance, se produisent dans l'insufflation simple ou même latérale dans la cavité buccale (Donders-Hensen). D'après cette idée employée par Hermann, le son des bruits de la parole se composerait en partie d'éléments répétés, indépendants, en partie aussi d'éléments périodiques, renforcés par la résonance, de même que probablement aussi la lumière blanche se compose de mouvements impulsifs répétés, comme aussi de mouvements périodiques.

Quand le son vocal résonne dans l'expiration, les deux sources contribuent à sa plénitude, quand il résonne dans l'ins-

piration, seule est en jeu la source périodique renforcéepar la résonance. De fait, la voix parlée en expiration est beaucoup plus forte que celle de l'inspiration, qu'on observe quelquefois. Personne n'aura jamais l'idée d'employer cette dernière pour appeler.

La portée de la voix humaine haute a été autrefois déterminée assez exactement par O. Wolf. Elle a été, dans notre période des rapports, l'objet d'autres recherches, faites par Marage [8].

On peut encore la renforcer considérablement par le porte-voix (scheepsroeper), le mégaphone des marins.

Crosswell Baber[9] veut employer cet appareil pour communiquer avec les sourds; cet appareil mérite toute notre attention à ce point de vue, bien que, comme dans tous les appareils de renforcement, on ait à se préserver des inconvénients de toute fatigue.

Toutes choses égales d'ailleurs, la portée de la voix d'appel est déterminée par l'intensité du son, laquelle est, à son tour, une fonction de l'ensemble de l'énergie mise à notre disposition dans l'air expiré[10]. On peut calculer cette énergie, quand on réussit à déterminer aussi bien la tension aérienne sous-glottique que la quantité d'air déplacé.

Récemment, Roudet[11] a déterminé la tension de l'air dans la trachée pendant la phonation. Le manomètre fut relié avec la canule de trachéotomie d'un sujet opéré de tumeur du larynx et guéri.

La respiration normale indiqua des oscillations de — 2 à + 4 centimètres de pression d'eau; dans la phonation, il y eut des oscillations entre — 6 et + 20 cent. La moyenne de toutes les observations de Roudet sur la tension sous-glottique dans la phonation est de 14 cent. d'eau.

Un larynx artificiel exigeait une pression plus élevée.

La quantité d'air déplacé pendant la phonation fut mesurée par Minkema et moi ; pendant le chant et le récitatif nous la mesurâmes à l'aide de l'aérodromographe, pendant la parole à l'aide de tubes de Pitot, placés en libre jeu dans la cavité buccale[12]. M. Chanoz et A. Sargnon[13] firent des observations analogues, mais sur des enfants trachéotomisés. Ce n'est que dans un cas (C. van Zanten) qu'il y eut mensuration réelle de l'énergie. La dépense d'énergie fut de 0,45, 10^6 erg par seconde. Il est probable qu'il n'y a guère beaucoup plus d'1/1000^e de cette énergie qui soit transformé en son. La condition sera d'autant plus favorable qu'il y aura moins d'air non régularisé (littéralement : air sauvage, *wilde Lucht*) qui s'échappera de l'organe vocal. Les chanteurs

et les orateurs exercés auront, sous ce rapport, une grande supériorité. Pour ce motif, il est peu utile de vouloir mesurer l'intensité de la voix parlée par le mouvement imprimé à un anémomètre[14].

De même aussi, une expérience de Lucæ[15], faite dans ce sens, n'a jamais pu acquérir droit de cité. La méthode de Lucæ ne serait bonne que pour comparer l'accent (l'emphase), avec laquelle une seule et même personne, parle et seulement en supposant qu'elle articule avec la même perfection. Autrement, la mensuration de Lucæ ne serait que celle de l'air non régularisé, au lieu d'être celle de l'intensité de la parole.

§ 3. — La voix parlée.

La hauteur musicale de la voix parlée humaine (c'est-à-dire la hauteur moyenne; cf. Grützner[16]) a été l'objet de toute une série de recherches destinées à orienter la question. Ces recherches furent faites pour les nourrissons par Flatau et Gutzmann[17] (la voix criée se tient aux environs de a'), pour les adolescents par E. Paulsen[18], pour les adultes par A. Barth[19]. Gutzmann[20] par l'estimation simple à l'aide d'un diapason à sifflet, dans les réunions, assemblées, etc., trouva que la hauteur pour le sexe masculin est entre A et e, pour le sexe féminin entre a et e'.

Les résultats sont, au point de vue médical, importants, surtout pour l'hygiène vocale pendant la mue.

Pour la phonétique expérimentale pure, on a eu recours à diverses méthodes objectives très différentes qui toutes reposent sur la transmission la plus exacte possible, des vibrations du larynx ou de l'air expiré à un appareil à contact électrique ou à un tambour de Marey.

Dans l'ordre chronologique, il faut nommer d'abord la méthode de Rosapelly (interruption électrique du contact dans un petit vibrateur, en équilibre instable, appliqué sur le larynx[21]). Je l'ai employée moi-même pendant assez longtemps sous une forme un peu modifiée[22].

Rousselot[23], pour une partie de ses recherches a utilisé dans le même but son *oreille descriptive*, un phonautographe perfectionné et rendu plus délicat.

Puis bientôt vient la méthode plus commode de E.-A. Meyer[24] qui applique devant, contre le larynx, comme tambour récepteur pour le transport de l'air, une simple capsule en papier découpée suivant la forme du cou et qui est mise en rapport avec un tambour inscripteur de Marey, très sensible. J.-H. Gallée a modifié le tambour récepteur et F. Krüger[25], le tambour

inscripteur. L'inscripteur de Krüger et Wirth est pour l'instant le plus sensible, sans doute, de tous ces appareils. En général, les phonèmes prononcés avec l'ouverture buccale rétrécie donnent de plus beaux résultats que ceux prononcés avec la bouche largement ouverte. Il est probable que dans le premier cas une assez grande partie de l'énergie mécanique appartenant à l'air expiré, est communiquée aux parois du larynx, ce qui est avantageux naturellement pour l'enregistrement des vibrations pariétales, mais désavantageux pour la portée de la voix.

Quoi qu'il en soit, la plupart de ces dispositifs ont donné des résultats excellents sous l'une ou l'autre forme.

On a déjà apporté de nombreuses contributions sur la hauteur de la voix parlée, dans des mots déterminés, dans des phrases interrogatives et affirmatives, dans des dialectes monotones et modulés (cf. Scripture[26]). L'inscripteur de parole de Hensen ou le phonographe peuvent donner de précieuses contributions sous ce rapport, surtout quand on fait les numérations nécessaires sur un cylindre impressionné et placé ensuite sous le microscope, de façon à tourner, et examiné à un grossissement très faible[27].

L'attaque du son intéresse au point de vue de la phonétique expérimentale, surtout quand le mot commence par une voyelle. Dans ce cas, souvent c'est un esprit rude qui précède. Il ne peut se manifester par aucune des méthodes d'enregistrement que nous venons de décrire, mais peut être objectivé de façon simple en marquant en même temps le mouvement de l'air en tant que tel[28].

En dehors de l'esprit rude, il y a à considérer dans beaucoup de langues, surtout l'allemande, le coup de glotte. Il correspond au son explosif glottique et se reconnaît, graphiquement, au début brusque des vibrations du larynx, aussi bien qu'à l'explosion initiale, dans l'enregistrement des vibrations. Mais, l'explosion n'est pas toujours présente, car, comme le montre l'expérience de Hensen[29], faite en 1907 ; la sensation acoustique d'une explosion peut aussi se produire quand le son débute brusquement, fait qui peut être confirmé sans plus sur le son de la sirène, comme aussi sur celui du sifflet, quand le son est amené par un tube avec robinet intercalaire.

Le coup de glotte a de l'importance en médecine en ce sens que les chanteurs et les orateurs doivent en perdre l'habitude pour épargner leur voix[30].

L'attaque vocale progressive qui est *a priori* propre à certaines langues, l'anglais par exemple, se traduit graphiquement par l'élévation progressive de la courbe des vibrations du larynx.

Au cours de ces dernières années, il a paru toute une série de travaux sur l'attaque. D'abord, un travail de P. Hellat sur la position du larynx dans le chant[31]. C'est à lui qu'on doit la distinction en : 1° chanteur naturel avec larynx montant et descendant selon la hauteur du son, 2° chanteur d'ornements et fioritures (trilles, etc.) avec larynx placé en position (seulement pendant le chant desdits ornements), 3° chanteur par principes de l'École, qui chante tout avec une position basse du larynx, c'est-à-dire un déplacement de 1 à 2 centimètres en bas, dès le début de l'intonation. Hellat regarde comme étant la cause de nombreux troubles vocaux la disproportion entre pharynx et larynx, disproportion s'écartant des conditions naturelles. Dans la parole, un trouble provient de l'impossibilité de former un G et un K distincts avec le larynx placé en bas, tandis que *p*, *r*, *s*, *t*, *sch*, *tz*, offrent aussi quelques difficultés. Dans tous les cas, Hellat a montré avec succès l'importance médicale de cette question qui, au début, n'intéressait que l'enseignement du chant.

Spiess[32] a étudié plus avant les conséquences cliniques en s'appuyant sur sa riche expérience pratique acquise à Francfort-sur-le-Mein, ce centre musical[33].

Après que Flatau et Gutzmann avaient déjà communiqué quelques observations, le sujet a été traité d'une manière exceptionnellement approfondie, avec des méthodes objectives d'examen par E. Barth[34]. Il emploie l'appareil enregistreur que j'ai indiqué qui peut inscrire le mouvement d'ascension et de descente du larynx ainsi que son mouvement en avant et en arrière. Pour la description, on pourra la lire à l'endroit indiqué.

Barth distingue : les chanteurs naturels, chez lesquels le larynx monte et descend avec la hauteur de la voix chantée et les chanteurs et chanteuses éduqués, chez lesquels se produit le mode inverse de mouvement, c'est-à-dire que le larynx descend quand la hauteur s'élève et inversement. A mon avis, une intonation tout à fait libre doit être l'apanage de la voix parlée, car la portée et le « soutenu » de la voix sont ici déterminés plus par la netteté de l'articulation que par la plénitude du son et la première n'est parfaitement assurée que lorsque la longueur de l'espace de résonance et la position de la racine de la langue peuvent être modifiées d'instant en instant, indépendamment de la hauteur du ton, même au milieu d'un mot, ou à plusieurs reprises, dans une phrase lue sur le même ton.

Les infractions à cette règle sont relativement rares, mais, elles se produisent cependant de temps en temps et, un chan-

teur-orateur qui agit ainsi expie par une fatigue rapide sa fidélité au chant compris suivant les principes de l'école.

La question du régistre a été, comme on sait, largement étudiée dans la littérature laryngologique surtout en relation avec l'expérimentation stroboscopique. Récemment Nagel[35] a donné une étude approfondie de ce sujet, de sorte qu'il nous est permis d'y renvoyer (Katzenstein[36]).

Une règle oratoire très ancienne est la suivante : l'orateur parlant en public doit se servir du registre de poitrine et il doit provoquer les vibrations larges des cordes vocales avec une intensité telle et d'une façon tellement complète que le *fremitus pectoralis* qui ne contient encore presque pas de sons élevés, soit nettement perceptible. On ne peut y arriver que lorsque la glotte est très étroite et cela conduit à un emploi très économique de l'air expiré[37]. Un orateur qui parle ainsi n'a que rarement besoin d'inspirer et peut se régler tout à fait sur la construction des phrases. Il faut éviter toute dépense excessive d'air non régularisé. Dans la voix de tête (registre de fausset) la dépense d'air est incomparablement plus grande que dans le registre de poitrine. Médicalement parlant, la question du registre n'a d'importance que pour la voix d'eunuque (Natier[38]) et pour ce qu'on appelle le renversement de la voix (passage subit et involontaire d'un registre à un autre).

Le cas échéant, des mensurations de la dépense d'air pendant les exercices pourraient être indiquées comme moyen de contrôle des résultats du traitement.

La voix chuchotée se présente au point de vue pratique et expérimental sous deux formes : le chuchotement de scène (*stage whisper*) et le chuchotement doux.

Dans le premier cas, la fente glottique étant fermée, il se produirait, dans la partie additionnelle (ajutage) une résonance très variable suivant les positions accidentelles des parties ; dans le second cas, la glotte ouverte dans toute sa longueur ne donnerait qu'un bruit de frottement doux et par suite une résonance moins intense (cf. les photographies de Gutzmann[40]).

Dans l'emploi otologique de la parole chuchotée, on prescrit ordinairement de se servir exclusivement de l'air de réserve[41].

Je ne vois pas comment cette prescription peut amener une plus grande régularité dans les examens. La différence de position de la glotte peut, dans tous les cas, être indépendante de l'utilisation de l'air expiré. *A priori*, la netteté de l'articulation restant la même, la position de la glotte doit exercer sur l'intensité acoustique une influence beaucoup plus grande que tout

autre facteur. Car c'est elle qui détermine presque exclusivement la vitesse de sortie de l'air à travers la glotte et, implicitement, la tension d'expiration.

§ 4. — La phonétique d'articulation.

La technique employée en France, en Allemagne, en Amérique et en Hollande est un perfectionnement de la méthode de l'école de Marey. Rosapelly[42] et Rousselot[43] sont les représentants de celle-ci. C'est Rousselot surtout qui a acquis de grands mérites en l'appliquant de multiples façons aux problèmes importants de la phonétique tant historique que descriptive et en composant un manuel de Phonétique expérimentale pourvu de nombreuses illustrations. Peu après, moi-même avec mon ami J.-H. Gallée[44], mort malheureusement trop tôt, j'ai modifié la méthode de Rousselot en ce sens que l'enregistrement peut se faire sans gêne de la parole. Puis, avec L.-P.-H. Eykman, nous avons poursuivi les mouvements des parties plus profondes qui ne sont pas accessibles aux moyens ordinaires, et cela grâce soit aux méthodes graphiques, soit en faisant appel aux rayons X. Les applications à la pathologie ont été faites depuis avec succès par la méthode graphique surtout par Gutzmann à Berlin et par Zünd-Burguet à Paris. La même voie a été suivie par nos collaborateurs, F.-H. Quix, Minkema, Van der Hœven, Leonhard et L. Bouman. Les appareils portatifs sont très utiles pour les recherches sur les dialectes et les examens au lit du malade (dans les cas relevant de la neurologie et de la psychiatrie). Gallée et moi[44-45] et Zünd-Burguet[46] avons indiqué des appareils de cet ordre. Je vais esquisser brièvement leur application*.

A. *Enregistrement du mouvement de l'air.* — Comme nous l'avons dit, il ne présente aucun intérêt pour l'étude du caractère acoustique de la parole, car on ne connaît ainsi que l'air non régularisé, sans le travail acoustique; mais, il a sa valeur, comme moyen auxiliaire pour apprécier l'étendue et la vitesse des *mouvements* qui sont à la base de la parole (W. Victor[47]). On l'enregistre de façons très diverses.

1° Un entonnoir de caoutchouc à parois minces, tenu entre les lèvres, conduit à l'aide d'un simple tube de communication à un tambour inscripteur ordinaire de Marey (Rousselot[48]).

2° Un entonnoir de carton placé au ras de la bouche rend les mêmes services (E.-A. Meyer[49]).

*. Si, ce qui est très utile, on veut en même temps enregistrer les mouvements respiratoires, on le fera de la façon la plus simple avec le pneumographe de Marey ou le tambour lenticulaire aérien de Brondgeest.

3° Un tube de Pitot, très court, monté sur un anneau est placé en un endroit quelconque des voies aériennes, soit dans la bouche, ou immédiatement en avant de l'ouverture buccale et est relié à l'aérodromographe (Zwaardemaker[50]).

4° Une olive nasale conduit à un tambour inscripteur de Marey ou à un tube nasal (Rousselot[51]).

5° Une olive nasale très large, remplissant complètement une narine est reliée à un aérodromomètre dont on recueille chronophotographiquement les oscillations (Zwaardemaker[52]).

B. *Enregistrement des mouvements du larynx.* — Ce n'est guère qu'avec mon appareil qu'on a fait des recherches étendues (L.-P.-H. Eykman, Barth, Gutzmann[53]).

Il est possible d'enregistrer séparément les mouvements verticaux et horizontaux. La pelote placée sur la pomme d'Adam permet de plus d'enregistrer en même temps les vibrations du larynx, si l'on relie la cavité de cette pelote à l'aide du déplacement de l'air, à un tambour enregistreur très sensible de Krüger. Mais il vaut mieux faire cet enregistrement de façon séparée. (Les courbes sont inscrites synchroniquement.) L.-P.-H. Eykmann estime que cette inscription laryngienne est excessivement importante au point de vue phonétique. Il croit avoir remarqué que les cavités profondes de l'ajutage de notre appareil vocal se dilatent quand les cavités de résonance antérieures sont le plus étroites et *vice versa*.

Il conclut cela non seulement de ses recherches faites dans son laboratoire, mais aussi de quelques opérations radiographiques faites ailleurs avec la collaboration de son frère.

Ses photographies surtout sont intéressantes[54]. L'examen sur un écran fluorescent conviendrait bien aussi pour les observations cliniques.

C. *Enregistrement des mouvements du voile.* — Autrefois on en était réduit à observer exactement les mouvements du voile sur les cas opérés, où une perte de substance d'origine chirurgicale rendait les organes accessibles à la vue (cf. la bibliographie, l'observation récente de A. Couvelaire et O. Crouzon[55]).

W. Einthoven[56] a pu même prendre des vues stéréoscopiques d'un cas. J'ai modifié de façon à la rendre d'exécution facile une méthode de Debrou-Weeks par laquelle les mouvements du voile sont enregistrés à l'aide d'un bras de levier introduit dans le nez, et, j'ai inspiré à MM. L.-P.-H. Eykman et A. Verschuur des recherches étendues sur les idiomes de leurs provinces.

Seules, celles de Eykman[57] ont été jusqu'à présent publiées, celles de Verschuur sont encore dans ses papiers. La méthode

sans être absolument impropre aux recherches cliniques n'est pas d'une exécution générale. Chez les sujets assez âgés, on peut employer aussi la radioscopie (M. Scheier[58], Zwaardemaker[59]).

D. *Enregistrement de la position de la langue.* — L'enregistrement direct par des petits ballons en caoutchouc placés dans la bouche a seulement une importance pour orienter, car elle gêne trop la parole. Il serait préférable, pour les recherches médicales, d'avoir recours à un palais artificiel. De fait, Gutzmann a exécuté toute une série de recherches de ce genre ; de même Rousselot et Natier et enfin Verschuur pour les études dialectales.

On obtient les meilleures données par la radioscopie en inspectant l'ombre de la langue sur l'écran fluorescent. Un inconvénient de la méthode, c'est qu'elle ne produit de résultat que chez les sujets privés de molaires.

Cependant, cela n'est pas trop rare dans l'âge mûr. On pourrait l'améliorer, en faisant reposer sur la face supérieure de la langue et de la base de la langue une fine chaînette métallique (Barth[60], J. Grunmach[61], E.-A. Meyer[62]).

Pour les études dialectales et pour la clinique, l'examen indirect convient seulement pour une grande échelle. Rousselot[63] a déjà fait quelques expériences dans ce sens et Gallée et moi[64] avons sur bien des points perfectionné la technique qui au début était très défectueuse.

Bien que je ne veuille prétendre en aucune façon qu'on ait atteint la perfection, car, au contraire, bien des points laissent à désirer, on a cependant à sa disposition un appareil qu'on peut employer sans inconvénient, psychiquement et aérodynamiquement. En principe, il se compose d'un cercle d'aluminium entourant, comme une doublure, le maxillaire inférieur. Le cercle métallique est fixé aux angles de la mâchoire à l'aide de pelotes de caoutchouc et en avant à la fossette mentonnière au moyen d'une petite poulie. Pour que le poids ne l'entraîne pas en bas, il est maintenu latéralement par une paire de ressorts métalliques fixés à une bande mentonnière métallique. La doublure maxillaire suit les mouvements de la mâchoire sans difficulté et sert elle-même à fixer un tambour récepteur qui, à la façon d'un cardiographe de Marey, contient dans son intérieur, un ressort spiral et s'appuie, par une cheville en ébonite, sur le plancher de la bouche. Un transport d'air procure l'enregistrement sur le cylindre noirci, et si on le désire, en même temps que les enregistrements indiqués en A, B, C.

L'appareil inscrit très exactement les variations de tension

du plancher buccal. On obtient les plus belles courbes quand l'appareil s'appuie solidement sur le maxillaire (c'est-à-dire sans vaciller) et que la tension du ressort spiral de l'intérieur du tambour récepteur n'est pas trop forte.

E. *Enregistrement des mouvements du maxillaire.* — L'écartement du maxillaire étant un facteur d'une importance capitale pour la formation des sons (Sweet), on ne doit pas s'étonner si, dès le début, il a attiré l'attention des expérimentateurs. Marey, comme Rousselot, s'en sont occupés. Comme mon collaborateur Gallée voulait, dans ses recherches dialectales, éviter par principe tout obstacle, si minime fût-il, au courant aérien, j'abandonnai bientôt la méthode Marey et créai celle qui a été décrite dans *Die neueren Sprachen* et qui est employée souvent maintenant en Allemagne aussi pour les études phonétiques. En principe, elle repose sur l'introduction d'un inscripteur de volume en forme de sac dans le ressort spiral suspenseur antérieur de l'étrier maxillaire décrit en D.

En choisissant convenablement la force des ressorts spiraux, dans l'intérieur et dans le prolongement de l'inscripteur, on obtient des inscriptions très fidèles et à tout degré de sensibilité, des mouvements du maxillaire.

La mensuration quantitative de l'ouverture du maxillaire est même possible (L.-P.-H. Eykman[65]).

F. *Enregistrement des mouvements des lèvres.* — La photographie instantanée et la chronophotographie ont été peu employées jusqu'ici (sur les expériences faites dans ce sens, cf. Gutzmann, Réunion des naturalistes à Francfort, 1896; puis Kingma, Jespersen). Par contre on a beaucoup enregistré par la méthode graphique.

D'abord Rousselot, puis Gallée et moi, en modifiant la méthode originelle parce qu'elle trouble plus ou moins le courant respiratoire, sans parler d'autres inconvénients.

Je fixai l'inscripteur de volume adhérent à la lèvre supérieure (tambour cylindrique ou sphérique trilobé, au cas où l'on veut enregistrer médianement et latéralement) à un dilatateur du nez de Feldbausch maintenu par des fils de plomb (il donne un bon appui) et celui de la lèvre inférieure à l'étrier maxillaire plusieurs fois mentionné.

Tous les dispositifs A, B, C, D, E, F, cités plus haut peuvent, si on le veut, être employés en même temps. Il est plus commode de n'en combiner que trois ou quatre. Ils servent aussi bien à l'analyse des positions caractérisant le son parlé qu'à l'enregistrement des mouvements qui font passer d'une position

à une autre. Parmi les positions qui sont maintenues pendant quelque temps, il faut nommer en première ligne les terminaisons par voyelles. Là, il se forme des espaces de résonance multiples, dont il faut lire la théorie dans Rayleigh et qui ont été étudiés physiquement par F. Auerbach.

Dans la formule de Rayleigh[66] intervient aussi bien la capacité en volume des espaces isolés que la surface des « détroits » qui les réunissent.

Des déterminations d'Auerbach[67], il résulte que, dans la résonance multiple, il n'existe pas un son de résonance nettement circonscrit, mais un ensemble de sons et une certaine largeur de résonance.

Au point de vue de la phonétique expérimentale, il importe d'abord de déterminer et circonscrire les divers rétrécissements séparant les espaces isolés, puis de mesurer la capacité des résonateurs partiels.

Les endroits rétrécis se trouvent : 1° entre les cordes vocales ou derrière l'épiglotte ; 2° entre le voile et la paroi postérieure du pharynx ; 3° entre la base de la langue et le palais ; 4° entre la pointe de la langue et le palais ; 5° entre les lèvres.

Les cavités de résonance elles-mêmes sont : 1° la cavité laryngienne sus-glottique ; 2° la cavité orale du pharynx ; 3° la cavité rétro-nasale et nasale ; 4° la cavité buccale postérieure ; 5° la cavité bucale antérieure.

Les méthodes d'examen indiquées plus haut rendent possible la détermination de bien des faits concernant ces points ; la radioscopie donne les résultats les plus étendus (Z.-M. Scheier, Zwaardemaker, L.-P.-H. Eykman, Barth).

Les données expérimentales publiées jusqu'ici n'ont tenu que très peu de compte des divisions ordinaires des positions des voyelles.

Ces données s'appuient en grande partie sur les observations de Bell faites sans l'aide d'instruments et distinguent les différentes positions possibles :

1° Suivant la distance entre la langue et le palais ;

2° Suivant la position antérieure ou postérieure de la langue ;

3° Suivant la forme de la langue ;

4° Suivant la mesure de l'arrondissement des lèvres.

Quand aucune de ces qualités n'est spécialement marquée, il se produit la voyelle indéterminée qui, en général, est indiquée par le signe *ə* et qui vraisemblablement doit avoir un timbre différent dans les différents mots et les diverses langues. Rien n'a été trouvé expérimentalement à ce sujet. En dehors des voyelles

pures, on a à tenir compte des glissements desquels, quand ils sont tenus assez longtemps, proviennent évidemment parfois de vraies diphtongues.

En dehors de vraies diphtongues, il y en a encore d'apparentes, qu'on note seulement comme telles, mais qui en réalité sont de vraies voyelles. Le son nasal accessoire est encore possible ; il est obtenu par relâchement de l'occlusion rétro-nasale.

Le son R occupe une position très particulière, car, il se produit quand, au cours de la résonance d'une voyelle, les bords d'endroits rétrécis, en position relâchée, sont mis en vibration par l'air qui passe devant eux ; le période de ces vibrations concorde naturellement avec la tension et la masse des parties. Ces vibrations créent des affaiblissements et des renforcements oscillatoires du son de la voyelle, qui sur l'oreille donnent l'impression d'un R (Wendeler). On connaît quatre de ces R (se produisant dans la fausse glotte, entre la langue et le voile, entre la pointe de la langue et la partie palatine antérieure et entre les lèvres).

Seuls, les deux intermédiaires (c'est-à-dire les deux du milieu parmi ces quatre) sont employés dans la parole.

D'après son origine on peut mettre l'R en parallèle avec la voix (Zwaardemaker[68]). Cependant, la portée du son R est très limitée à cause de sa faible hauteur.

Les voyelles sont prononcées soit avec son vocal, soit en chuchotant ; dans ce dernier cas, la portée est beaucoup moindre mais cependant encore assez grande (O. Wolf, Quix, Reuter). L'R chuchoté est simplement une interruption oscillatoire de la voyelle chuchotée.

Quand les endroits rétrécis entre les cavités multiples de résonance n'ont pas de bords relâchés, mais au contraire sont tendus, bien nets et tranchants, il se produit un bruit de frottement, autonome, qui couvre plus ou moins la résonance concomitante de la voix ou du bruit de soufflement glottique *.

On nomme *fricatives* les consonnes ainsi produites ; elles se forment comme sons simples dans la fausse glotte, entre la base de la langue et le voile, entre la langue et la voûte palatine, ou entre les dents et entre les lèvres. Il y a en outre des *fricatives* composées et mouillées.

Les fricatives sont prononcées soit avec son vocal, soit en chuchotant ; quand elles sont tenues pendant quelque temps, on entend en même temps toujours une résonance des cavités envi-

*. Le détroit entre la base de la langue et le voile n'a pas quelquefois les bords tendus, de sorte qu'il se produit une transition du *ch* à l'*r* (Wendeler, Gallée).

ronnantes de sorte qu'en fait elles ne peuvent être jamais prononcées isolément et sont toujours accompagnées d'un certain son de voyelle.

Les mouvements musculaires qui font passer d'une position à la suivante, donneront, quand la transition se fait lentement, la formation de « glissantes » ; quand elle se fait rapidement elle passera inaperçue par l'oreille. Donc, il n'y a pas, au point de vue de la phonétique expérimentale, de raison d'insister particulièrement sur cette transition.

Il arrive très souvent que, brusquement, pendant qu'on parle, un endroit rétréci quelconque vient à se fermer complètement ou qu'inversement, une occlusion existante est brusquement supprimée. Cet événement produit alors le son explosif et cela soit au début, soit à la fin d'une syllabe (explosion et implosion[69]). L'occlusion est cependant le fait essentiel ; l'explosion ou l'implosion seulement l'accessoire. L'occlusion peut se produire dans la glotte, entre la base de la langue et le voile, entre la langue et le palais, ou entre les lèvres. Le caractère sonore particulier est nettement différent dans ces quatre cas, ce qui est en relation surtout avec la résonance des cavités voisines.

Une autre différence est due à la présence ou à l'absence concomitantes du son vocal (moyennes et ténues[70]).

En même temps se produit ici une différence dans la façon dont se fait l'explosion (rupture de l'occlusion, P. Seydel[71]).

Dans les explosives sonores, l'explosion est beaucoup moins haute, beaucoup moins forte que dans celles faites sans voix, chose toute naturelle, car la tension de l'air est beaucoup moindre dans la sonore, la glotte étant à demi-fermée. Les explosives combinées et celles associées à un bruit de frottement (aspirées) sont possibles ; le sont aussi celles dites *géminées*.

Enfin les « divided consonants » de Bell, terme qui s'applique à *l* et au *th* anglais.

Tous ces mouvements, ainsi que le bruit de gonflement qui précède souvent les explosions, peuvent être enregistrés graphiquement de façon extraordinairement belle.

La méthode de Rousselot, comme la nôtre, donne sous ce rapport des résultats très satisfaisants. Si l'on y ajoute l'inscription vélaire ou plus simplement une olive nasale avec transport de l'air, on peut même faire la distinction entre les explosives et les explosives nasalisées (nasales).

C'est surtout le cavum naso-pharyngien qui produit le son particulier de résonance (M. Sänger[72]). (*A suivre.*)

III. — TECHNIQUE PRATIQUE

I

HÉMOSTASE NASALE PRÉVENTIVE DE L'HÉMORRAGIE SECONDAIRE

Par **E. ESCAT** (de Toulouse).

Après toute intervention endo-nasale (*conchectomie*, *morcellement de la pituitaire*, *ablation de queues de cornet*, *résection de la cloison*, etc.), l'opérateur qui voudrait garantir son opéré d'une façon absolue contre l'hémorragie secondaire, devrait s'astreindre à pratiquer systématiquement le tamponnement post-opératoire.

Mais depuis déjà plusieurs années, déplorant les multiples inconvénients de cette méthode (*gêne respiratoire*, *hypersécrétion réflexe*, *rétention des exsudats*, *phénomène douloureux*, *hémorragie de détamponnement*), la plupart des rhinologistes ont reconnu qu'il y avait lieu de tout tenter pour éviter le tamponnement préventif.

L'adrénaline aidant, sans garantir toutefois contre une hémorragie secondaire par vaso-dilatation réactionnelle, les indications du tamponnement post-opératoire se sont restreintes de plus en plus.

Le Penghawar, remis en honneur à cette occasion par notre maître Lubet-Barbon, vint aussi nous seconder.

Pour notre part, nous avons trop largement utilisé en son temps de vogue ce curieux agent hémostatique pour en dire du mal ; mais avec bien d'autres spécialistes, nous avons maintes fois déploré tant la lenteur d'élimination des fibres accolées aux surfaces cruentées que l'exubérance excessive de ces dernières sous leur contact ; le bourgeonnement qui en résultait ralentissait évidemment le processus cicatriciel.

Aussi avons-nous cherché un autre procédé d'hémostase préventive.

Nous avons eu recours dans ce but à deux procédés qu'il nous paraît bon de faire connaître aujourd'hui en raison des services qu'ils nous ont rendus.

1er Procédé. — *Cautérisation au perchlorure de fer officinal.*

— Ce n'est pas sans quelque répugnance que nous avons fait appel à ce médicament si décrié et à juste titre *comme hémostatique*, mais le service que nous lui demandions était tout autre que celui pour lequel on l'utilisait avant l'avènement de la forcipressure et de la compression : tandis qu'on lui demandait autrefois d'arrêter le flot hémorragique, nous n'avions recours à lui aujourd'hui que lorsque l'hémorragie opératoire est conjurée et avant que l'hémorragie secondaire soit produite ; la méthode est donc toute différente.

Voici d'ailleurs notre façon de procéder : L'opération endonasale terminée, si les surfaces opératoires ischémiées par l'adrénaline, sont exsangues, nous appliquons immédiatement le perchlorure ; si, au contraire, le sang ruisselle, même en nappe modérée, nous appliquons sur ces surfaces une nappe d'ouate imbibée de la solution de cocaïne à 1/10 et d'adrénaline à 1/2000 jusqu'à ce que l'hémostase soit absolue.

A ce moment seulement, après avoir consciencieusement asséché la cavité nasale, nous badigeonnons la surface opératoire avec un très petit pinceau d'ouate hydrophile extrêmement serré et imbibé de solution officinale de perchlorure.

Le tampon doit être bien exprimé, de façon à ce que le médicament ne puisse ruisseler dans la cavité nasale.

La fosse nasale étant exsangue, il ne se forme donc pas de caillots.

Sous l'action du perchlorure les surfaces se colorent immédiatement en jaune brun.

Lorsque sous l'action du frottement, une fine artériole revient s'ouvrir, on voit perler sur le fond jaune de la surface une goutte de sang sur laquelle le tampon est aussitôt appliqué et maintenu quelques instants.

Le badigeonnage au perchlorure terminé, l'opéré est encore surveillé par l'opérateur pendant une demi-heure ou trois quarts d'heure environ ; ce délai écoulé, l'hémorragie secondaire est exceptionnelle ; aussi peut-on s'abstenir de tout tamponnement préventif.

Par cette méthode, nous faisons appel à l'action astringente du perchlorure sur les parois vasculaires et à son action coagulante pour thromboser, pour rétracter les extrémités des artérioles sectionnées.

Grâce à ce procédé nous avons pu réduire à moins de 10 % l'indication du tamponnement endo-nasal post-opératoire.

Il va sans dire que lorsque l'hémostase post-opératoire immédiate ne peut être obtenue, le perchlorure est contre-indiqué, l'ap-

plication de cet agent, telle que nous la comprenons, ayant pour but de prévenir la rechute de l'hémorragie et non d'arrêter une hémorragie rebelle; dans ce dernier cas il faut se résoudre au tamponnement qui sera d'autant plus serré, que l'hémorragie est plus abondante.

2e Procédé. — *Cautérisations à l'alcool* ou à la *solution alcoolique de tanin à un tiers.* — Bien que le badigeonnage des surfaces opératoires par le perchlorure de fer nous ait donné entière satisfaction, pensant que la mauvaise réputation de cette drogue pourrait nuire à la vulgarisation de notre procédé, nous avons fait appel, dans le même but, aux propriétés astringentes de l'alcool éthylique, ainsi qu'à celles du tanin en solution alcoolique à 1/3.

Mais n'ayant pas à redouter avec l'alcool comme avec le perchlorure les inconvénients d'une action caustique trop énergique, nous l'avons utilisé, non sous forme de badigeonnages, mais en application prolongée à l'aide d'une lame d'ouate imbibée, soit d'alcool absolu, soit plus simplement d'alcool à 95°.

Au bout d'un quart d'heure, la lame d'ouate était enlevée et une insufflation d'ectogan était dirigée sur la plaie.

La solution alcoolique de tanin a été appliquée suivant la même technique.

Les résultats donnés par l'alcool et par la solution tannique ont été jusqu'ici aussi satisfaisants que ceux obtenus avec le perchlorure ; mais nous ne saurions dire s'ils lui sont supérieurs ; notre impression sur leur compte repose en effet sur des essais datant à peine de deux mois, tandis que notre expérience de l'emploi du perchlorure dans les mêmes conditions remonte à plus de trois années.

Quoi qu'il advienne, fort de notre expérience, nous sommes en droit d'affirmer que ces petits moyens sont susceptibles de rendre les plus grands services en chirurgie endo-nasale.

II

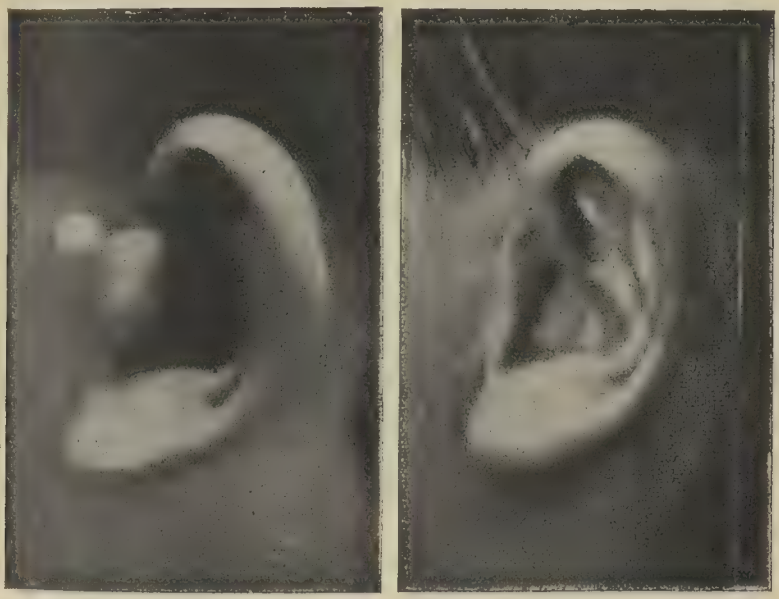
LA CHIRURGIE ESTHÉTIQUE ET PLASTIQUE DE L'OREILLE

(*Suite.*)

Par **M. A. GOLDSTEIN** (de Saint-Louis).

[Traduction par M. MENIER, de Figeac].

Correction de l'oreille saillante. — La correction de l'oreille proéminente a été, peut-être, l'opération la plus populaire de



Avant l'opération. Après l'opération.

FIG. 13.
Tragus surnuméraire.

toutes et la plus souvent exécutée dans le domaine de la chirurgie esthétique de l'oreille.

Quand cette difformité est très apparente et que l'oreille fait un angle extraordinairement saillant, la cause peut être attri-

buée à une surabondance et à une élasticité exagérées du cartilage de la conque. Dans un des chapitres sur la chirurgie plastique dans les traités de chirurgie, la correction de cette difformité est expédiée en peu de mots et l'opération imaginée pour cette correction a consisté uniquement dans une incision d'un segment elliptique de peau à la face postérieure du pavillon sur la ligne d'insertion du pavillon au crâne et l'opération est complétée par une ligne de sutures des deux lambeaux tégumen-



Position naturelle. Hélix attiré en haut montrant une fistule profonde et un tubercule non développé.

FIG. 14.
Difformités multiples en pavillon (cas du Dr J.-B. Shapleigh).

taires qui se présentent. Dans l'oreille proéminente, il y a une prédominance de surface cartilagineuse et cette simple forme d'opération est insuffisante.

Nous appelons de nouveau à notre aide l'expérience de la chirurgie plastique du septum où il a été bien nettement déterminé que la correction des septums déviés n'est pas achevée tant que l'excès de cartilage n'est pas enlevé.

Le même principe doit s'appliquer à la correction des oreilles saillantes ; le segment biconvexe, lenticulaire de peau *a b c d* (pl. III, fig. 1) est enlevé ; un segment, elliptique, étroit, de cartilage *c f* (fig. 2) est décollé alors avec soin et excisé ; les bords cartilagineux *cf* sont tirés vers le périoste *gh*, par trois ou quatre sutures de fin catgut (fig. 3) et les deux rebords cutanés *a d b* et *a c b* sont suturés en position (fig. 4). Le principal objet de

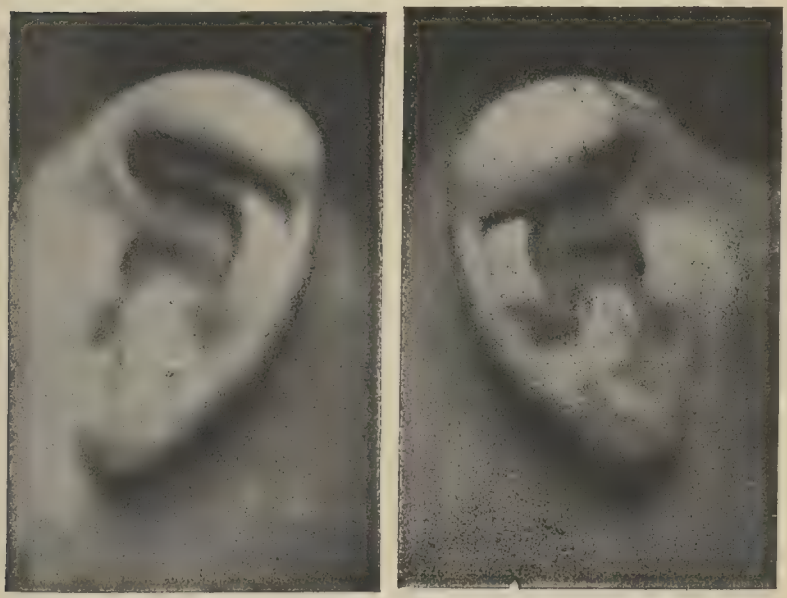


Fig. 15.
Surabondance et difformités de l'hélix.

cette simple opération est d'enlever la surabondance de cartilage et de renforcer la traction cutanée en ancrant le cartilage sous-jacent, réséqué, au périoste au niveau de l'aire mastoïdienne.

Correction des malformations de l'hélix. — Cette difformité prend rarement des proportions assez grandes pour réclamer une intervention, même pour des raisons esthétiques, mais, quelquefois une petite opération peut être bienvenue des sujets surtout chez les femmes de charmante tournure, que cette malformation gêne beaucoup.

Dans plusieurs de ces cas, j'ai trouvé une exubérance et un

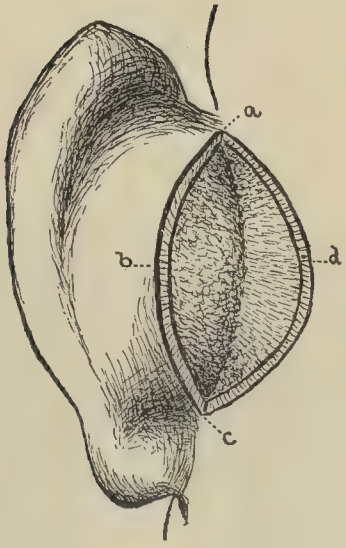


FIG. 1.

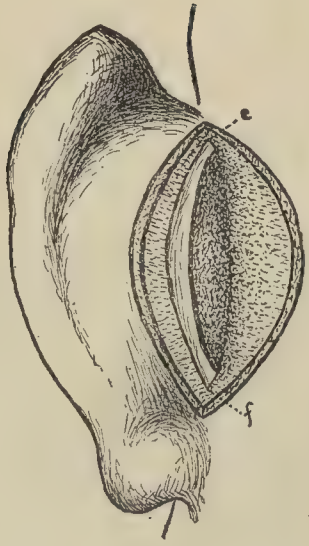


FIG. 2.



FIG. 3.



FIG. 4.

PLANCHE III.
Opération de l'auteur pour la correction de l'oreille proéminente.

enroulement de la peau couvrant l'hélix plutôt qu'une hypertrophie du cartilage comprenant l'hélix. Dans cette catégorie de cas, il est simplement nécessaire de faire une résection elliptique de la peau à la face postérieure du pavillon, près de l'hélix, de détacher à fond le tégument d'avec le cartilage de l'hélix de sorte qu'on puisse l'attirer facilement en arrière et de suturer les deux surfaces cutanées à l'aide d'une petite aiguille et de fine soie noire. Une bande adhérente prélevée sur la face postérieure

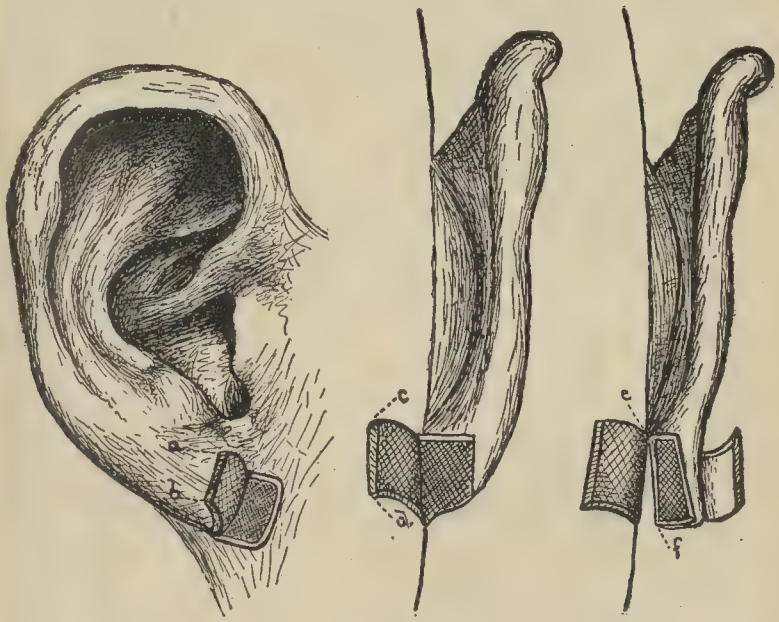


FIG. 1. FIG. 2. FIG. 3.

PLANCHE IV.
Correction radicale de l'adhérence du lobule.

de la conque au niveau de l'hélix et s'étendant en arrière sur la face postérieure du pavillon complète cette plastique.

Correction des dimensions exagérées du lobule. — La prédominance de tissu adipeux du lobule, soit en longueur, soit en largeur, produit une oreille, malséante à voir, et quand cela est unilatéral, la correction est justifiable. Le lobule étant formé de tissus mous et étant très vasculaire, on peut facilement le réduire en longueur ou largeur par la simple résection d'un segment cunéiforme et par le rapprochement des bords à l'aide d'un ou deux points ; les parties étant très vasculaires guérissent rapidement.

Correction de la synéchie du lobule. — Cette anomalie de forme de l'oreille se rencontre très souvent et parfois elle est assez marquée pour amener le sujet à en demander la correction. La méthode suivante est proposée pour corriger l'adhérence du lobule.

Faire un lambeau *ab* en avant de l'oreille (pl. IV, fig. 1) avec sa base attachée au lobule ; le disséquer jusqu'à une ligne correspondant à la perpendiculaire normale du lobule. A la face postérieure du lobule faire un lambeau *cd* (fig. 2) ayant sa base attachée à la ligne d'insertion, étendue, du pavillon sur la tête. Diviser le lobule le long de la ligne *ef* (fig. 3) ; arrêter l'hémorragie par des compresses chaudes ou de l'adrénaline ; avec le lambeau *ab* couvrir la face postérieure mise à nu du lobule, et, avec le lambeau *cd* de même forme et même longueur, on couvre la surface cruentée du cou. Si les lambeaux ont été soigneusement formés et bien ajustés, on peut les maintenir en place par des bandelettes aseptiques adhérentes sans sutures.

On a présenté d'autres méthodes de plastique auriculaire opératoire ; quelques-unes semblent impraticables, d'autres trop compliquées pour produire la coaptation parfaite des surfaces cruentées et provoquent des cicatrices peu agréables à voir ; quelques-unes même de ces méthodes sont impossibles. Je m'en suis tenu à la description et au choix des méthodes de technique opératoire qu'on peut exécuter légitimement et sûrement et qui donneront des résultats satisfaisants. (*A suivre*).

IV. — PHONÉTIQUE

I

ESSAIS SUR LA VOIX [1]

(Suite.)

Par **A. THOORIS** Médecin-major (de Paris).
Assistant au laboratoire de phonétique expérimentale du Collège de France.

3° *Pharynx humains.*

On peut se servir, pour l'exploration du pharynx buccal du t.d., du t.c., du T.D., du T.C. et du T.F. suivant les indications.

Le plan transversal perpendiculaire au P.V.S.F. et contenant les piliers antérieurs, constitue anatomiquement la limite antérieure du pharynx buccal. L'introduction des tubes à fumée dans l'arrière-bouche, montre que ce plan n'est pas seulement anatomique, mais est encore une zone qui sépare très nettement deux ordres de mouvements différents de la fumée suivant que l'extrémité des tubes reste dans cette limite, en deçà, ou bien la franchisse.

1° *En deçà des piliers antérieurs.* — Mon étude des mouvements aériens de la cavité buccale a déjà eu trait à cette question. Je m'appesantirai cependant sur quelques détails qui pourront m'être utiles ultérieurement dans ma discussion générale du régime aérien de la voix.

Le sujet observé émet la voyelle *a* qui est la plus commode pour l'observation. Le t.d. placé dans le P.V.S.F. la section de l'orifice 1 immédiatement en avant du plan des piliers antérieurs, le tube horizontal et reposant sur la langue, indique un mouvement négatif de la fumée qui est ensuite rejetée positivement par la bouche. A quatre centimètres en avant du point de surélévation de la langue correspondant à l'articulation de la voyelle *a*, le t.d. n'est plus influencé ni positivement, ni négativement. Le t.d. au delà de ce point, sans déprimer la langue, donne un mouvement positif de la fumée ; en déprimant la langue, un mouvement négatif. A la sortie de l'orifice 1, la fumée est rejetée hors de la bouche.

1. Erratum. N° 2 des *Archives Internationales de Laryngologie*, mars-avril 1909. Reporter après la ligne 25 de la page 550 le texte commençant page 551 à la ligne 14 et finissant page 552 à la ligne 14 incluse.

Si on élève le t.d. parallèlement à lui-même de façon à ce que l'orifice 1 soit en avant du plan des piliers antérieurs, à égale distance de la luette et de la base de la langue, la fumée subit un mouvement négatif très lent et est ensuite dispersée positivement hors de la cavité buccale. Le même phénomène s'observe devant la pointe de la luette et quelquefois devant la base de celle-ci ; mais il arrive le plus souvent, qu'en avant de la base de la luette, à condition que l'orificedu t.d. soit très fin, la fumée reste stationnaire dans le tube. En avant, au milieu du pilier, V = 1.

2° *Dans le plan des piliers antérieurs et au delà.* — Dans la région de l'orifice antérieur de l'isthme délimitée par la luette et par l'arcade du pilier antérieur, à égale distance de la luette

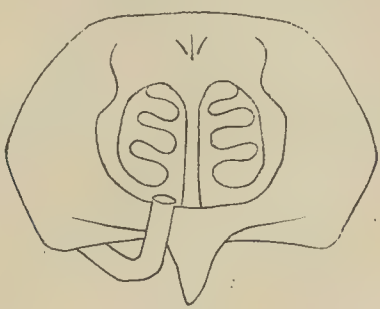


Fig. 1.
Le T.C. en arrière des choanes.

et du pilier et au niveau du plan horizontal passant par la pointe de la luette, l'émission de *a* donne, avec le t.d. un temps d'écoulement de 5″ ; plus près de la luette et contre celle-ci, 2″2 ; près du pilier, 3″1 ; près de la langue, 2″. L'orifice 1, dans ces explorations, a franchi le plan des piliers antérieurs de quelques millimètres.

Il ne faut pas se servir d'abaisse-langue, car, chez la plupart des sujets observés, la luette touche la langue et la surélévation de celle-ci donne lieu à une zone antérieure dans le P.V.S.F., de faible longueur d'ailleurs, où l'on trouve une région calme qui ne permet d'observer aucun mouvement positif ou négatif de la fumée. V = ±.

Le t.d. introduit obliquement de façon à ce que l'orifice 1 se trouve au milieu de la fossette amygdalienne limitée en avant par le pilier antérieur et en arrière par le pilier postérieur, indique un point neutre où ne se produit aucun courant pouvant influencer la fumée du tube explorateur. Immédiatement au-dessous du point de jonction des piliers, on constate un léger écoulement positif.

On peut encore explorer la fossette amygdalienne avec le t.c. dont on introduit le petit segment coudé dans l'excavation, le tube restant horizontal dans un plan parallèle du P.V.S.F. La voyelle *a* donne un mouvement positif assez rapide au milieu de la fossette. L'écoulement est très ralenti et de même sens en haut de la fossette. Il est encore plus ralenti à la base de la fossette, au point d'être insignifiant.

Quand le sujet émet la voyelle ã, on constate un mouvement positif de la fumée assez accentué en haut, au milieu et en bas de la fossette.

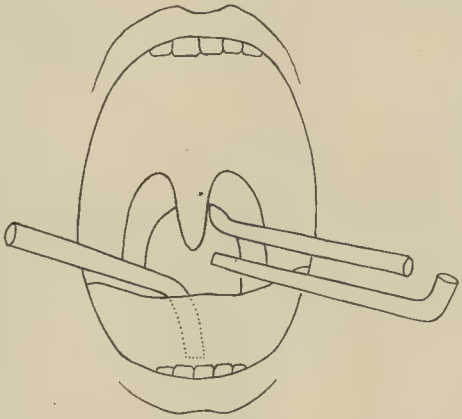


FIG. 2.
Le T.C. servant à l'exploration du pharynx nasal, buccal et laryngé.

Pour explorer plus profondément le pharynx buccal, je me suis servi du T.C. dont j'ai introduit, dans la bouche, le segment 2 et ai conservé le segment 1 à l'extérieur pour observer plus facilement le mouvement de sortie vertical de la fumée (voir fig. 2). Voici les temps que j'ai observés.

à + 3″	a + 2″	á + 1	ã + 1″
è + 2″5	œ̀ + 2″5	ò + 3″	õ + 0″5
e + 2″	œ + 2″	o + 2″	œ̃ + 1″5
é + 1″5	œ́ + 1″	ó + 0″5	ĩ + 2″
i + 1″	u explosif	*u* + 0″2	
í explosif	u explosif	*ú* explosif	

Les voyelles auxquelles j'attribue une vitesse explosive, sont celles pour lesquelles le chronographe ne permet pas de compter le temps d'écoulement. Néanmoins, on peut apprécier

un degré de vitesse différent, par exemple pour u et pour ú. La fumée sortant explosivement du tube, forme un jet vertical qui s'épanouit à une hauteur déterminée; cette hauteur est moins élevée pour u que pour ú.

Comme les tubes à section uniforme permettent difficilement de saisir les nuances dans les très faibles vitesses, telles que celles qu'on constate dans l'émission des nasales, je me suis servi du tube de Fiocre en l'employant suivant un procédé un peu différent de celui que j'avais adopté pour l'étude des voyelles dans la cavité buccale. En effet, dans cette première étude, j'avais bouché la petite tubulure qui surmonte l'ampoule sphérique du T.F. avec de la cire à cacheter. J'ai pratiqué, dans ce bouchon de cire, une petite ouverture, au moyen d'une fine aiguille chauffée au rouge et, plaçant mon T.F. après l'avoir chargé de fumée, et obturant l'orifice 2 et la tubulure avec le pouce et le médius, je tiens l'axe du tube perpendiculairement au P.V.S.F. l'axe de la tubulure horizontal et celle-ci en avant. J'introduis l'orifice 1 du segment coudé dans le pharynx buccal. Pour bien préciser mes prises, je me tiens le dos tourné à une source de lumière intense, dont je réfléchis les rayons au fond de ma bouche au moyen d'un miroir concave qui grossit l'image de mon pharynx. Mon aide habituel, M. Turpin, compte, au moyen du chronographe, les temps d'écoulement. L'écoulement doit se faire non plus par l'extrémité 2 du tube garni d'un manchon et que je conserve bouchée avec mon pouce, mais par la petite tubulure. Cet expédient permet d'étudier tout à son aise les différentes vitesses rotatives des nasales ã, õ, œ̃, ĩ.

La voyelle õ est manifestement la plus rapide, elle fait un tourbillon dans l'ampoule, qui en occupe toute la hauteur. Temps d'écoulement + 10″. Les voyelles œ̃ et ĩ sont manifestement les plus lentes puisqu'elles laissent toujours un très faible reliquat de fumée dans l'ampoule quelle que soit la prolongation de l'émission. La voyelle ã a une vitesse intermédiaire entre la voyelle õ et œ̃ et ĩ parce que : 1° l'ampoule ne présente pas de tourbillon; 2° le niveau de la fumée s'y abaisse lentement et parallèlement à lui-même ; 3° la fumée ne laisse pas de reliquat dans l'ampoule.

Temps d'écoulement observés.

ã	16″
õ	10″
œ̃	20″
ĩ	23″

Nous pouvons donc au point de vue de la vitesses des voyelles dans le pharynx buccal résumer nos résultats par les formules suivantes :

$$V^{pb}\ \grave{a} < \grave{e} < e < \acute{e} < i < \acute{i}$$
$$V^{pb}\ \grave{\text{œ}} < a\text{œ} < \acute{\text{œ}} < u < \acute{u}$$
$$V^{pb}\ \grave{o} < o < \acute{a} < \acute{u} < \acute{\imath}$$
$$V^{pb}\ \tilde{\imath} < \tilde{\text{œ}} < \tilde{a} < \tilde{o}$$

M. B.., baryton, a bien voulu me permettre d'explorer son pharynx buccal avec le T.C. Il a émis ses voyelles en sol[3]. J'ai trouvé les temps d'écoulement suivants :

à	4″2	a	6″	á	4″
è	pas de résultat	ò œ	4″	ò	3″
e	2″5	œ	1″2	o	0″8
é	1″8	ó œ	1″	ò	0″4
i, í	explosifs	u, ú	explosifs	ú	0″2
				ú́	explosif

Les voyelles ont été émises avec la même intensité.

L'augmentation d'intensité augmente la vitesse de la fumée sans en changer le sens. (*A suivre.*)

1. V^{pb}, c'est-à-dire vitesse dans le pharynx buccal.

II

LES

TROUBLES DE LA PAROLE CHEZ L'ENFANT

Bégaiement et blésités ; Leur correction.

Par **E. DROUOT** (de Paris).
Professeur de sourds-muets.

La parole et ses troubles. — La fonction verbale est, certes, l'un des privilèges les plus beaux et les plus précieux de notre espèce. On peut lui appliquer ce qu'Ésope disait de la langue : « C'est ce qu'il y a de meilleur... et ce qu'il y a de pire », suivant l'usage qu'on en fait.

Intelligence et parole se prêtent une aide mutuelle. Apparaissant l'une et l'autre vers la même époque, elles atteignent presque simultanément leur apogée et décroissent à peu près en même temps. Sans intelligence, pas de parole, et, réciproquement, sans parole — ou plutôt sans langage — pas de développement intellectuel possible. Aussi, on a pu dire avec raison que la parole est le fossé infranchissable qui sépare l'homme de la brute.

Lorsqu'on étudie le jeu de cette précieuse faculté, on s'aperçoit tout aussitôt qu'il est, en même temps, fort compliqué et des plus délicats. Il comprend trois groupes d'actes successifs : 1° idéation ; 2° transmission des idées-mots aux organes phonateurs chargés de les traduire en sons et coordination des mouvements propres au langage articulé ; 3° fonctionnement des organes phono-articulateurs. Or, le moindre achoppement, la perturbation la plus légère qui vient à se produire, pour une cause quelconque, dans l'un de ces trois groupes d'actes détermine sur-le-champ un trouble plus ou moins marqué de la fonction verbale.

D'autre part, la parole n'étant pas une faculté innée, s'acquiert par imitation. Et, du fait même de l'extrême complexité de son mode de production, l'apprentissage en est fort long ; des difficultés sans nombre arrêtent à chaque pas l'enfant qui commence à parler. Tous ceux, psychologues et philologues, qui ont étudié l'acquisition du langage, ont trouvé un certain nombre de stades distincts et successifs d'une durée plus ou moins longue suivant les sujets.

Ce n'est qu'à force d'essais répétés, souvent infructueux, et

d'efforts soutenus, que le petit enfant parvient à se rendre maître de son organe rebelle, et qu'il peut en jouer à sa fantaisie. Et, encore, combien en est-il qui n'y réussissent que très imparfaitement!

Les troubles fonctionnels du langage, extrêmement communs dans la première enfance, ne disparaissent pas toujours complètement avec cette période de la vie, et il n'est pas rare de rencontrer des adultes affligés d'un vice de prononciation. Or, si ces défauts sont simplement fâcheux lorsqu'il s'agit de l'enfant, ils ont des conséquences infiniment plus graves pour l'individu qui a dépassé la quinzième année.

En prenant l'un après l'autre les trois groupes d'actes qui composent la fonction verbale, il serait possible de signaler pour chacun d'eux les défauts qui peuvent se produire. Cette manière de procéder serait sans doute plus logique et plus scientifique, mais elle exigerait un développement que ne comporte pas le cadre de ce travail. Nous verrions qu'il existe de très nombreux troubles et de nature fort différente[1]. Pour plus de commodité, nous nous bornerons à dire qu'on les divise habituellement en deux grandes classes : le *bégaiement*, dont il existe plusieurs variétés, et les *blésités* ou *dyslalies*, beaucoup plus nombreuses, qui comprennent les mille défauts du langage courant : bredouillement, balbutiement, zézaiement, chuintement, clichement, grasseyement, nasonnement, suppression d'éléments phonétiques, etc.

Bégaiement et blésités. — De tous les troubles de la parole, le bégaiement est sans contredit le plus grave et le plus compliqué. Ses causes, fort nombreuses, sont d'ordre physiologique ou psychique.

Il peut résulter d'une élaboration défectueuse de la pensée — « ce qui se conçoit bien s'énonce clairement », a dit Boileau, cela est vrai, qu'il s'agisse du style ou de la parole — ; d'une respiration insuffisante ou vicieuse ; d'un manque de coordination entre les divers actes qui concourent à la production de la parole ; d'un état nerveux anormal, et enfin, d'une timidité excessive. Le plus souvent, on trouve réunies plusieurs de ces causes chez le même individu.

Le bégaiement consiste, on le sait, en répétitions d'un ou plusieurs éléments phonétiques, voyelles ou consonnes, ou en

1. Voir à ce sujet l'ouvrage de Kussmaül : *Les troubles de la parole* ou celui du professeur G. Rouma : *La parole et les troubles de la parole.*

temps d'arrêt plus ou moins prolongés. C'est surtout au cours de



Fig. 1.
Bégaiement sur la consonne *p*.



Fig. 2.
Bégaiement sur la consonne *t*.

l'émission des consonnes, et, en particulier, des explosives

muettes ou sonores *p*, *t*, *c*, — *b*, *d*, *g*, que se produit le bégaie-



Fig. 3.
Bégaiement sur la consonne *c*.



Fig. 4.
Bégaiement expiré au début d'une phrase : « à à à à à ... »

ment. Il peut être accompagné de grimaces, de contorsions de

la face, de gesticulations des membres, de mouvements de tout le corps, d'un effet excessivement désagréable et pour le bègue lui-même et pour ses auditeurs.

Les blésités, moins graves, d'une façon générale, n'ont, la plupart du temps, que des causes physiques, le bredouillement mis à part. D'ordinaire, elles résultent non d'un défaut de l'organisme, mais du jeu défectueux de l'une quelconque des parties qui composent l'appareil articulateur — langue, lèvres, voile du palais — dans l'émission d'un ou plusieurs éléments, voyelles ou consonnes. Il s'agit simplement d'une incapacité ou plutôt d'une inhabileté de l'appareil phonateur. Ici, comme dans le bégaiement, les consonnes surtout sont sujettes à des altérations et l'on peut observer trois cas : 1° la production d'un élément incorrect ; 2° la substitution d'un élément à un autre et 3° la suppression d'une consonne. La façon vicieuse de prononcer passant peu à peu à l'état d'habitude, il en résulte, dans les cas graves, une parole absolument incompréhensible.

Fréquence des troubles. — Les troubles de la parole sont assez fréquents. D'une enquête faite en Belgique au cours de l'année 1905, par le professeur Rouma [1] et portant sur près de 16.000 enfants des écoles primaires, il résulte que, parmi les garçons, 10,3 p. 100 sont atteints de blésités et 1, 69 de bégaiement. Les filles, plus favorisées, fournissent seulement 5,88 p. 100 de blésités et 0, 88 de bégaiement. Les enquêtes faites précédemment avaient donné des chiffres à peu près semblables. En 1886, les instituteurs de Berlin trouvèrent 1 p. 100 de bègues dans leurs classes. C'est aussi le pourcentage indiqué par Gutzmann, le célèbre spécialiste allemand. A Prague, on découvrit 1 p. 100 de bégaiement et 14 p. 100 de blésités chez les garçons, et seulement 0,4 p. 100 de bégaiement et 7,5 p. 100 de blésités chez les filles.

L'examen des tableaux dressés par Rouma montre, en outre, que la proportion des blésités diminue de la première année d'enseignement à la sixième, alors que le bégaiement augmente et passe, durant la même période, de 0,8 à 2,3 p. 100 chez les garçons et de 0,55 à 1,29 p. 100 chez les filles. D'autre part, le bégaiement grave se rencontre surtout chez les écoliers les plus âgés. De ces diverses constatations, on est en droit de conclure que ce trouble si gênant, au lieu de s'amender, s'aggrave au cours de la scolarité.

1. *Enquête scolaire sur les troubles de la parole chez les écoliers belges*, Leipzig, W. Engelmann, 1906.

Influence des troubles. — Il était intéressant de savoir si les troubles de la parole ont une influence quelconque sur le développement intellectuel, et, par suite, sur la marche des études. Ici encore, l'enquête de Rouma donne des renseignements précis qui ne laissent aucun doute à cet égard. Sur 119 garçons atteints de troubles, 88 sont en retard, soit dans la lecture courante (33 cas), soit dans leurs études en général (70 cas). Sur 41 filles bègues, 35 sont retardées, soit en lecture courante (28 cas), soit dans la totalité de leurs études (25 cas). Qu'il s'agisse de garçons ou de filles, ce retard va d'un an à quatre ans. Et, remarque intéressante, les non-retardés figurent précisément parmi les bègues dont le défaut est léger ou intermittent.

Les blésités, elles aussi, nuisent au développement intellectuel, surtout quand elles sont accentuées. Sur 72 garçons atteints de cette sorte de troubles, 59 se trouvent être retardés (37 en lecture et 46 dans leurs études). Sur 29 filles, 21 sont en retard (5 en lecture courante et 20 dans leurs études [1]).

Les troubles de la parole sont donc une cause indéniable d'arriération. Cela ne signifie pas que les bègues et autres enfants atteints d'un défaut de prononciation sont inférieurs, au point de vue de l'intelligence, à ceux qui s'expriment d'une façon correcte, mais, simplement, qu'ils sont moins avancés à âge égal.

D'aucuns, même, au dire de leurs maîtres, comptent parmi les plus intelligents de la classe. Rouma estime, en effet, et nous sommes de son avis, que le développement intellectuel, lorsqu'il est par trop hâtif, peut engendrer des troubles de la parole. Il est aisé d'en comprendre la raison : l'appareil articulateur n'étant pas assez exercé pour rendre tous les services qu'on exige de lui, il se produit des à-coups.

L'arriération n'est pas la seule conséquence fâcheuse qu'aient le bégaiement et les blésités graves. Toutes les fois que ces défauts ne sont pas disparus vers la quinzième année, au moment où se forme la personnalité, ils ont une influence déplorable sur le caractère. Ceux qui en sont atteints, continuellement en but aux railleries de camarades peu charitables, malmenés souvent par leurs proches, ne trouvant nulle part le réconfort et les encouragements dont ils auraient le plus grand besoin, perdent toute confiance en eux. Peu à peu, ils deviennent des timides, des phobiques. Etant incapable de réagir et de faire un acte utile de

1. Pour plus de détails, voir notre article : Les troubles de la parole à l'école primaire (*Revue pédagogique*, 15 octobre 1906).

volonté, ils se laissent glisser insensiblement sur la pente dangereuse du découragement. Croyant leur mal sans remède, ils voient s'évanouir leurs rêves et leurs espérances les plus chers. Aussi, d'aucuns s'abandonnent à des accès de misanthropie, fuient toute société et se condamnent volontairement à un mutisme à peu près complet. Même lorsque les choses ne prennent pas ce caractère de gravité, le bègue, une fois arrivé à l'âge adulte, n'en est pas moins un amoindri, un diminué au double point de vue moral et social. Combien n'en voit-on pas qui, en raison de leur défaut, se trouvent dans l'impossibilité absolue de remplir des fonctions ou de tenir un rang auxquels leur donnaient droit leur intelligence, leur instruction, leur fortune ou leur situation de famille !

Le bégaiement, même léger, lorsqu'il persiste peut avoir des conséquences graves. Nous eûmes l'occasion de voir, il y a quelques mois, un jeune homme de dix-neuf ans qui suivait dans un lycée de province le cours de Saint-Cyr. Bien qu'il fût atteint de bégaiement dès sa plus tendre enfance, ses parents n'avaient jamais cru devoir s'occuper de ce défaut qui, tout en diminuant d'intensité, devenait, d'année en année, de plus en plus gênant. D'après eux, le temps, médecin habituel des gens qui ne veulent pas se soigner, devait suffire à le faire disparaître. Mais l'époque de l'examen approchait, et le défaut, bien qu'atténué, existait toujours ; on commençait à craindre très sérieusement qu'il ne nuisît au candidat.

Ce grand jeune homme de dix-neuf ans, taillé en hercule, qui pouvait faire un officier superbe, était timide à l'excès. Au cours des exercices que nous lui fîmes faire, il ne pouvait prendre sur lui de fixer notre bouche, comme nous le lui demandions, afin de voir la position des organes, et baissait les yeux dès qu'il nous avait regardé l'espace d'une seconde. Qu'il fût timide par nature, cela est possible, et nous le croyons volontiers, mais il est bien certain que son bégaiement avait accru son manque d'assurance. Plusieurs mois après avoir subi l'examen du baccalauréat, il se demandait encore comment il avait bien pu affronter le redoutable tapis vert.

Son défaut consistant surtout en une certaine hésitation plus ou moins prolongée, portant sur l'élément phonétique initial de la phrase, notre bègue, afin de rendre son trouble moins apparent, de le dissimuler en quelque sorte, avait pris l'habitude de faire des phrases courtes et très simples. Cela lui permettait de choisir, pour débuter, des mots d'une prononciation facile. Mais, il arrivait de la sorte à s'exprimer comme l'eût fait un

écolier de dix ans. Nous nous souvenons de certain récit de la bataille de Waterloo que n'eût pas désavoué un mauvais élève de septième.

Ce même jeune homme nous contait qu'ayant eu à faire, dès le lendemain de son entrée au lycée, une lecture à haute voix devant ses camarades réunis, il s'en était fort bien tiré, car il savait qu'aucun de ceux-ci ne connaissait son état. Mais un mois après, quand il fallut recommencer, il s'acquitta fort mal de sa tâche, uniquement parce qu'il avait la conviction que son défaut était connu de tous ses auditeurs. On voit des bègues capables de prononcer un discours quand ils sont seuls, qui ne peuvent demander, au bureau de tabac, le timbre-poste dont ils auraient besoin. D'autres, étant entrés dans un magasin pour faire une emplette, demanderont au dernier moment, tout autre chose que ce qu'ils étaient venus acheter, parce qu'ils sentent que le mot qu'il faudrait dire, ils seront incapables de le prononcer. Toutefois, ces cas de phobie accentuée ne se produisent, d'ordinaire, que chez les bègues adolescents ou adultes qui ont perdu toute confiance en eux.

Ce ne sont pas là, du reste, les seuls inconvénients qu'aient les troubles de la parole. Ils peuvent très bien se communiquer d'enfant à enfant. Les exemples de contagion psychique sont fréquents et les auteurs spéciaux en citent de nombreux cas. C'est un petit garçon qui, ayant un bègue parmi ses camarades, imite par raillerie sa manière défectueuse de parler, cela tant et si bien, qu'à son tour il contracte l'habitude vicieuse dont il se moquait si fort.

Il nous a été donné d'observer le cas suivant : un enfant bègue, élevé en province, revient dans sa famille vers l'âge de neuf ans. Quelques mois après, son frère, un garçonnet de quatre ans, dont la parole avait été jusqu'alors parfaitement correcte, se met à bégayer. Vingt ans après, lorsque nous vîmes ce dernier, il ne s'était pas encore débarrassé de son défaut.

Ou bien encore, c'est un enfant de sept ans qui contracte une blésité dont sa mère est elle-même atteinte. La parole s'acquérant par imitation, ces faits s'expliquent sans peine.

(*A suivre.*)

V. — RECHERCHES HISTORIQUES

BLACHE

Son rôle en pathologie laryngée.

Par **C. CHAUVEAU.**

Blache a fait paraître dans le *Dictionnaire en 40 volumes* un article sur la pathologie médicale de l'organe vocal, remarquable plutôt par sa clarté, son érudition, ses qualités cliniques qui, chez cet auteur, sont toujours si éminentes, que par une originalité bien difficile à déployer sur un sujet où les recherches des anatomopathologistes et des nosologistes antérieurs avaient, en l'absence du laryngoscope, fait déjà connaître tout l'essentiel vraiment accessible aux investigations de l'époque. Néanmoins, malgré l'absence habituelle d'idées nouvelles, la présente monographie mérite de fixer notre attention, parce qu'elle constitue un bilan en quelque sorte très exact et très fidèle des notions sur les maladies de l'appareil phonateur, qu'on possédait dans la première moitié du XIX^e^ siècle.

Les laryngites constituaient alors un groupe assez confus, assez mal séparé encore dans ses formes chroniques des affections spécifiques avec lesquelles elles avaient été si longtemps confondues, notamment avec la phtisie laryngée qui, suivant beaucoup d'auteurs, en était souvent l'aboutissant en quelque sorte normal. Pour se reconnaître dans le dédale assez embrouillé de la réaction symptomatique, le clinicien en était réduit à analyser avec une minutie souvent arbitraire certains phénomènes, à apprécier l'intensité de ceux-ci, leur évolution ; pourtant, malgré des lacunes inévitables, la description de ces processus phlegmasiques que l'on retrouve dans les traités de cette période est en somme déjà assez complète et ne fait point trop mauvaise figure auprès des expositions didactiques actuelles.

Inflammations muqueuses aiguës[1]. — L'étiologie était assez bien connue, puisqu'on distinguait des laryngites primitives, des laryngites par propagation et des laryngites symptomatiques. A côté des facteurs propres également aux angines, on en connaissait de spéciaux pour l'appareil phonateur. Enfin on savait que l'inflammation de ce dernier est souvent englobée dans celle de l'appareil respiratoire tout entier, par exemple dans l'affection qualifiée de grippe ou d'influenza. Qu'on en juge plutôt. « Les mêmes causes qui donnent lieu à l'angine gutturale et à l'amygdalite, produisent quelquefois celles du tube aérien, cependant

1. Blache dit laryngite aiguë ; en effet il confond encore avec le catarrhe, qui est le fond de sa description, les laryngites graves phlegmoneuse et œdémateuse inflammatoire.

il est des causes qui agissent d'une manière plus directe sur le larynx. Ces causes sont l'inspiration de vapeurs irritantes, d'un air très chaud ou très froid, la marche ou la course à pied, à cheval, en voiture découverte, dans une direction opposée à celle du vent l'exposition du cou privé des vêtements qui le couvrent[1] à une température froide, l'exercice de la parole et surtout une déclamation animée[2] qui entraîne toujours une forte congestion sanguine vers les parties supérieures, et qui les rendent plus sensibles à l'action du froid. *Cette affection est plus fréquente en effet chez les acteurs, chez les chanteurs et généralement dans toutes les professions où l'organe de la voix est soumis à un exercice forcé.*

« La laryngite survient assez souvent pendant la maladie d'autres organes et par simple continuité de tissu (nos laryngites par propagation), comme on le voit dans l'inflammation des bronches, de la trachée-artère ou du pharynx.

« Elle n'est point produite par la contagion, à moins qu'elle n'accompagne une maladie contagieuse, telle que la rougeole, la scarlatine ou la variole. » A ce propos, Blache coupe court sur les particularités de ces laryngites des pyrexies exanthématiques parfois si particulières et sur lesquelles les grands épidémiologistes anglais du siècle précédent nous avaient déjà fourni des documents de grande valeur. Mais, à propos de la « laryngite épidémique », l'auteur effleure une question des plus importantes et des plus intéressantes, sans du reste la discuter à fond, celle d'une déformation possible d'une fièvre exanthématique se présentant à l'état fruste et incomplet, comme le fait était démontré pour la « scarlatine sine scarlatinis ».

Une autre hypothèse, datant des temps hippocratiques, expliquait plus simplement l'analogie des déterminations morbides, à un moment donné, par la « constitution épidémique » ; et il est de fait que les conditions atmosphériques impriment parfois aux infections microbiennes un caractère assez particulier pour frapper l'attention des observateurs. Quoi qu'il en soit, l'écrivain se borne surtout à signaler ce qui s'est passé en Grande-Bretagne au commencement du siècle. Quand la rougeole frappe un grand nombre de sujets à la fois, « presque toujours alors elle coïncide avec l'angine gutturale et pharyngée, comme on le vit,

1. Notion rapportée par tous les auteurs gréco-romains, médiévistes, etc., et qu'on retrouve déjà dans les hippocratiques. La marche contre le vent expose à l'inspiration de poussières infectées de microbes.

2. Notions également très anciennes qu'on retrouve chez les auteurs gréco-romains, les rhéteurs, etc. Aussi recommandait-on aux orateurs et aux chanteurs une pratique habile de leur voix et une hygiène vocale appropriée.

dans l'automne de 1818, dans quelques communes du département du Lot. Dans l'hiver de 1807 et plus particulièrement au printemps de 1808, lors de l'épidémie de rougeole qui sévit à Edimbourg et dans ses environs, on observa un grand nombre de laryngites, non seulement avant et pendant l'éruption rubéolique, mais encore après, et quand déjà la toux avait complètement cessé (Cheyne, *The cyclopedia of practical medicine*, III). » C'est aussi d'après le nosographe écossais que Blache signale les brûlures du larynx par les aiguières des théières chez les jeunes enfants insuffisamment surveillés.

L'anatomie pathologique de cette affection bien cantonnée au revêtement muqueux passait pour être peu importante et absolument semblable à celle d'autres régions de l'économie ; aussi l'auteur n'en parle même pas et va tout de suite à la symptomatologie. Celle-ci, dit-il, est absolument commandée ainsi que la marche par l'intensité du mal, c'est-à-dire des altérations morbides. « Dans les cas *les plus légers*, elle ne donne lieu à aucuns symptômes généraux. La voix devient grave, rauque, un peu voilée. C'est un simple enrouement, sans douleur, qui fixe à peine l'attention du malade, et se dissipe ordinairement de lui-même ou à l'aide des moyens les plus simples, au bout de quelques jours. »

« D'autrefois, au contraire, la maladie débute par un *malaise général*, un frisson passager suivi d'un mouvement fébrile plus ou moins marqué; bientôt il survient un changement sensible dans le timbre de la voix, et une douleur tantôt médiocre tantôt vive se fait sentir au larynx. Cette douleur qui est parfois le premier symptôme augmente quand le malade tousse ou parle et quand on exerce une pression sur le cartilage thyroïde [1]. La voix, d'abord rauque, devient aiguë et se supprime même complètement.

« Toux sèche [2], sourde, incommode, douloureuse, quelquefois même convulsive, dans laquelle le malade fait des efforts pour rejeter quelques matières qu'il croit être arrêtées dans le larynx. L'entrée de l'air, lors de l'inspiration [3], est souvent difficile et sifflante ; respiration gênée et fréquente, *déglutition douloureuse*, expulsion d'un liquide muqueux, blanchâtre, tenace et souvent

1. Cette douleur provoquée était regardée comme caractéristique par les nosologistes de l'époque.

2. On opposait depuis longtemps la toux avec expectoration abondante des bronches à la toux sèche de la laryngite.

3. Cette assertion de Blache n'est vraie qu'en cas de tuméfaction marquée de la muqueuse, œdémateuse ou inflammatoire.

écumeux. » Malgré l'absence du miroir, l'inspection physique par l'examen direct de la gorge avait déjà commencé. Sachse en Allemagne, Cruveilhier et d'autres en France avaient insisté sur l'état de l'épiglotte. Voici ce que dit Blache à ce sujet : « L'inspection du fond de la gorge, *lorsqu'on peut abaisser fortement la base de la langue*, permet de constater, dans quelques cas, une rougeur vive de la membrane muqueuse qui revêt l'épiglotte. » Ce qui arrêtait les cliniciens, c'était, dans cette exploration qui devait être plus tard si utile, l'extrême sensibilité de la région qu'on ne pouvait encore atténuer avec la cocaïne, la résistance de la base de la langue qu'on ne maîtrisait guère qu'avec beaucoup d'habitude avec les mauvais abaisseurs de l'époque, et surtout le manque d'éclairage auquel on ne savait pas encore suppléer artificiellement. L'emploi des tubes actuels devait rendre enfin possible de nos jours ce qui avait été autrefois tenté, surtout en combinant ceux-ci avec une meilleure position des malades.

Le passage suivant de Blache prouve, aussi bien que la difficulté de l'inspection qu'il alléguait plus haut, que cet écrivain ne séparait pas encore nettement le catarrhe laryngé de la laryngite phlegmoneuse infiniment plus grave ; car les causes qu'il mentionne ne se retrouvent guère en dehors de celle-ci que chez des névropathes excessifs. « *Quand l'inflammation est très intense*, il se manifeste parfois de véritables accès de suffocation, pendant lesquels la voix est tout à fait éteinte et la dyspnée excessive. L'angine laryngée est presque toujours accompagnée d'accélération du pouls, d'élévation de la chaleur, de rougeur de la face, d'anxiété et d'inquiétude produites par la crainte qu'ont les malades de suffoquer. » Quant à l'*issue* du mal, l'écrivain est optimiste. « La marche de cette affection est ordinairement rapide, sa durée moyenne est de quatre à cinq jours ; elle peut se prolonger parfois beaucoup plus, et même passer à l'état chronique. Sa terminaison est généralement heureuse ; elle a lieu par résolution, et est marquée par la diminution graduelle des symptômes et quelquefois par l'expectoration d'une grande quantité de mucosités [1]. » Parfois, comme dans la grippe, la phlegmasie catarrhale continuerait à descendre, d'où la phrase assez brève de l'auteur : « Il n'est pas rare de la voir remplacée par une bronchite ». Bien que Blache se fasse encore

1. Ceci se voit aussi pour le nez et l'isthme du gosier ; à l'hypersécrétion s'ajoute peut-être, comme pour les fosse nasales, l'évacuation des lacs lymphatiques sous-jacents aux glandes. Ce phénomène est assez fréquent.

une idée assez confuse de la variété phlegmoneuse de la laryngite, il sait qu'elle succède parfois au catarrhe [1].

« Dans certains cas, elle se transforme en laryngite sous-muqueuse et se juge alors en vingt-quatre ou trente-six heures, soit par le retour à la santé, soit, et plus souvent encore, par la mort. Presque toujours, en effet, chez le petit nombre d'individus adultes qu'on a eu l'occasion de voir succomber à la laryngite proprement dite, il existait, indépendamment d'une rougeur et d'une tuméfaction plus ou moins considérable de l'épiglotte et du larynx, une infiltration séreuse ou séro-purulente des replis aryténo-épiglottiques. » Chez les enfants, on ne trouverait qu'une rougeur non généralisée avec épaississement notable de la muqueuse laryngienne.

Blache constate que souvent la laryngite concorde avec la bronchite, la pneumonie et surtout avec la trachéite, à laquelle on prêtait alors une autonomie et une importance disproportionnée avec la réalité des faits.

Le *pronostic* ne serait grave que si l'inflammation est très intense et très étendue. Parfois le mal simulerait le croup et revêtirait aux yeux des parents et même des médecins une gravité factice (Guersant). C'est la seule mention que fait l'auteur de la laryngite striduleuse dont l'histoire se confondait alors avec celle de la laryngite pseudo-membraneuse.

L'écrivain insiste très peu sur le *diagnostic* qu'il regarde comme facile à établir ; aussi ne fait-il que signaler la confusion possible avec la diphtérie et les corps étrangers du larynx dont l'histoire et les signes différentiels avaient été longuement exposés par Ollivier, dans le chapitre consacré à la pathologie chirurgicale de l'organe phonateur, dans ce même dictionnaire.

Le *traitement* serait en grande partie celui des angines ; mais, de crainte que le malade suffoque à cause de l'étroitesse des parties, Blache, ainsi que ses contemporains, insistaient beaucoup sur les anti-phlogistiques, sur le repos absolu du larynx au point de vue vocal. Les vomitifs et les purgatifs seraient assez fréquemment couronnés de succès, du moins chez les enfants. Les fumigations étaient d'un grand emploi. Enfin, on ne négligeait pas la révulsion par les badigeonnages constants, par exemple avec le croton ou par les vésicatoires au niveau de la région antérieure du cou. Si l'asphyxie menaçait on conseillait, théoriquement au moins, la trachéotomie mise à la mode par Trousseau. (*A suivre.*)

1. Quand l'infection est très virulente ou quand les microbes pyogènes gagnent le tissu celullaire par une éraillure ou le cul-de-sac d'une glande.

VI. — RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

I. — Affection non décrite que nous proposons de nommer : fissure au pharynx.

Par **A. MAURICE** (de Paris).

Ce nom de *fissure au pharynx* peut paraître bizarre et c'est cependant à dessein que nous l'avons choisi par analogie avec la *fissure à l'anus*. Nous n'avons trouvé décrit nulle part cette affection que nous avons constatée pour la seule et unique fois chez une dame de cinquante ans environ.

Cette malade de tempérament arthritique, sujette aux poussées eczémateuses, possédant des varices, a eu, il y a quelques années, des *fissures à l'anus* qui la firent horriblement souffrir.

Elle vint nous voir pour la première fois, il y a un an environ, pour des douleurs qu'elle localisait à la base de la langue et à gauche ; ces douleurs étaient assez vives et la malade les comparait à une brûlure qui augmentait par les mouvements de mastication. Nous devons ajouter que cette malade est nerveuse et émotive.

A l'examen nous ne vîmes pas grand'chose d'anormal ; toutefois sur l'insistance de la malade qui parvint à nous indiquer un peu mieux le point de départ de la douleur, nous aperçûmes, à la base du pilier antérieur gauche, au point où il entre en contact avec la langue, une petite fente antéro-postérieure profonde d'un millimètre à peine sur 3 millimètres de long. De l'autre côté, rien de semblable ; en touchant ce point avec un stylet, la malade nous répondait : « C'est bien ceci qui me fait mal. »

Nous fîmes sur cette petite fissure une cautérisation au galvano-cautère dans l'espoir de la détruire, elle et les extrémités nerveuses qui s'y rendaient. Cette cautérisation augmenta les douleurs pendant un jour, mais le surlendemain la malade se sentait mieux ; elle revint deux ou trois fois se faire cautériser et chaque fois nous remarquions que la fissure diminuait en même temps que les douleurs. Après cette petite série de cautérisations, nous perdîmes la malade de vue, mais nous apprîmes qu'elle se portait très bien.

Il y a deux mois à peine, la malade revint à notre consultation ; elle avait la mine défaite et elle se tenait fortement comprimée la joue gauche, comme si elle avait souffert d'une violente rage de dent.

Elle nous raconta que, depuis quelques semaines, de nouvelles douleurs l'avaient reprise, pensant que ce serait passager, elle avait négligé de venir plus tôt, mais qu'actuellement elle souf-

frait trop et qu'elle était désespérée. Elle nous dépeignit en un mot son état sous un aspect des plus noirs et tout cela en desserrant à peine les dents et en continuant à se tenir les mâchoires. Elle prétendait souffrir de cuissons atroces au niveau de l'angle du maxillaire gauche, mais à côté de cela un violent mal de tête latéral donnait de l'ampleur à cette localisation ; de plus une sensation de froid parcourait sa narine gauche au point qu'elle se voyait dans la nécessité de l'obturer avec un tampon d'ouate.

Nous rappelant son état antérieur, nous sautâmes sur la fissure précédemment cautérisée et nous vîmes qu'elle avait réapparu dans des proportions beaucoup plus considérables ; il n'y avait pas de doute possible sur son existence et sur son caractère anormal. Nous ne saurions mieux comparer cette pseudo-ulcération qu'à une crevasse séparant deux régions contiguës et laissant dans l'intervalle une solution de continuité tapissée d'une muqueuse analogue à la muqueuse voisine ; aucune réaction inflammatoire ne pouvait indiquer que cette fissure était le point de départ de phénomènes aussi violents.

Les cautérisations ayant réussi une première fois, nous recommençâmes, et ma foi, nous eûmes raison, car au bout de quelques séances plus nombreuses toutefois que lors de la première atteinte, nous eûmes raison des douleurs et de la fissure qui se combla à peu près complètement.

Nous avons jugé qu'il était intéressant de citer cette observation dont nous n'avons retrouvé aucun cas semblable ; nous ne voulons pas prétendre toutefois avoir fait une découverte extraordinaire, car nous savons depuis longtemps que certains sujets ont souvent des sensations pharyngées assez vives sans que l'on trouve à l'examen des lésions très marquées.

II. — Symphyse palato-pharyngienne avec prothèse immédiate et permanente [1].

Par **C.-J. KŒNIG** (de Paris).

La petite fille que je vous présente aujourd'hui est celle que vous avez déjà vue à la précédente séance et qui était atteinte d'une obstruction nasale complète d'origine traumatique, opératoire probablement, car aucune autre cause pathologique n'a pu être déterminée. Elle avait en effet subi l'opération des végétations

1. Communication faite à la Société de laryngol. de Paris, le 8 avril 1909.

adénoïdes et des amygdales, il y a quatre et deux ans respectivement, et depuis n'a pu faire passer de l'air par son nez ni dans un sens ni dans l'autre, et par conséquent ne pouvait plus se moucher.

Cette petite fille, qui me fut amenée par le Dr Julien Gagey, a 8 ans 1/2 et, comme vous voyez, est chétive et peu développée ; elle dort mal et, au moindre exercice, se couvre de transpiration. L'examen de sa gorge vous avait montré une cicatrice épaisse médiane de son pharynx de 3 à 4 centimètres de long allant de son voile du palais jusqu'au niveau de la base de sa langue ou du bord supérieur de son épiglotte. Toute la paroi postérieure de son pharynx buccal était cicatriciel, et ses parois latérales étaient attirées vers la ligne médiane en forme d'angle ouvert en avant, les piliers postérieurs étant accolés.

Le bord du palais mou à droite et à gauche était compris dans la cicatrice du pharynx, la luette était normale et entre elle et la cicatrice à droite existait une ouverture virtuelle communiquant avec le pharynx nasal et permettant le passage d'une sonde de 7 millimètres de diamètre que l'on pouvait facilement promener à droite et à gauche dans le pharynx nasal qui paraissait de dimensions normales. Je dis que l'ouverture qui existait était virtuelle, car il fut impossible à l'enfant d'y faire passer de l'air, le voile formant clapet qui se fermait dans les deux sens.

Je vous montre l'enfant aujourd'hui, opérée. Samedi dernier, le 3 courant, au moyen de l'anesthésie locale à la cocaïne en badigeonnages et à la novocaïne en injections, je fis une incision médiane allant tout le long et dans toute l'épaisseur de la cicatrice. Ensuite, avec deux serpettes coudées et pointues, droite et gauche, introduites par l'ouverture virtuelle, je fis deux lambeaux latéraux, faisant passer mes incisions derrière ce qui constituait auparavant la région des piliers postérieurs et des amygdales. J'incisai latéralement et inférieurement aussi loin que possible afin de reconstituer complètement le pharynx, refaisant en réalité un pharynx artificiel. Le tissu cicatriciel était excessivement dur et ce temps de l'opération fut assez difficile ; l'enfant avala pas mal de sang qui fut vomi vers la fin de l'opération, mais le résultat fut très encourageant, car la respiration par le nez dans les deux sens fut rétablie immédiatement, et l'inspection montra la gorge tout à fait normale dans ses dimensions, ses contours et son apparence générale. Il resta beaucoup de tissu cicatriciel sur les lambeaux et la paroi postérieure du pharynx que j'enlevai avec la pince de Hartmann.

C'est alors qu'est intervenu le Dr Delair, professeur de l'école dentaire de Paris, dont le nom m'avait été donné par notre excellent confrère Cartaz. J'avais prié le Dr Delair de voir l'enfant avec moi pour déterminer s'il était possible de faire une prothèse se fixant sur les dents et sur laquelle on pût adapter des dilatateurs quelconques allant au fond de la gorge pour maintenir les lambeaux et le voile

écartés de la paroi pharyngienne postérieure assez longtemps pour permettre leur cicatrisation sans accolement. Quoique n'ayant jamais vu un cas semblable, il fit un appareil dans ce but, il m'assura immédiatement que la chose était possible et que l'enfant devrait pouvoir supporter cette prothèse aussi bien que les enfants supportent les voiles du palais artificiels en caoutchouc mou.

Le prof. Delair fit donc un appareil excessivement ingénieux et l'introduisit dans la bouche et la gorge immédiatement après l'opération. Voici la description qu'il m'en a donnée :

« Les piliers du voile du palais ainsi que le voile accomplissant « simultanément ou alternativement, pendant la phonation et la « déglutition, trois mouvements bien définis, il a fallu combiner et « exécuter un appareil fonctionnant automatiquement et imitant « parfaitement l'action du voile et de ses piliers, sans que l'action et « l'effet des dilatateurs latéraux soient atténués ou amplifiés. Ces « mouvements sont :

« 1° Écartement et rapprochement maximum des piliers l'un de « l'autre.

« 2° Élévation et abaissement du voile du palais.

« 3° Mouvement antéro-postérieur, et inversement, du voile et des « piliers au moment de la déglutition.

« L'appareil se compose :

« 1° D'une plaque basse en platine s'adaptant à la voûte palatine « et maintenue par des demi-coiffes en or entourant les dents.

« 2° D'un minuscule chariot plat en or mobile sur deux glissières « latérales. Ce chariot se déplace d'avant en arrière et inversement. « Il est actionné par une petite rondelle de caoutchouc qui le réunit « à la plaque base. Une vis d'arrêt et de sûreté le traversant et se « logeant dans une gouttière ménagée dans la plaque base empêche « la disjonction des pièces dans le cas où le caoutchouc d'attirance « viendrait à casser. Une charnière termine le chariot.

« 3° D'une plaquette en or fixée sur le tube central de la charnière « et réunie au chariot par une autre rondelle de caoutchouc faisant « ressort et l'attirant de bas en haut, pendant l'action du voile, ainsi « que les dilatateurs fixés sur elle.

« 4° Les dilatateurs sont formés de deux barrettes horizontales en « or, soudées sur deux charnières jumelées et contournant la luette. « Elles ont environ 20 millimètres de longueur et sont solidement « retenues par deux vis en or qui leur servent de pivot. A leur extré- « mité sont vissés verticalement les deux dilatateurs en aluminium « qui ont 4 millimètres d'épaisseur, 7 millimètres de largeur et « 30 millimètres de longueur. Les barrettes sont réunies à la pla- « quette mobile d'attirance, chacune par une rondelle en caoutchouc « qui, en se raccourcissant, les éloigne l'une de l'autre.

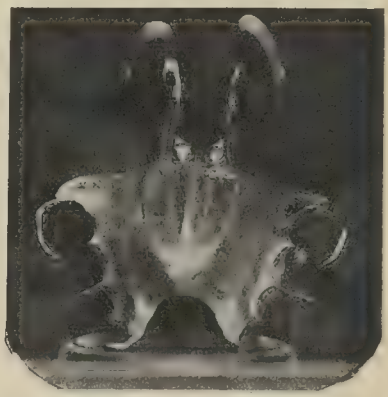
« Ainsi, sitôt placés en arrière des piliers et du voile dans le pha- « rynx artificiel créé par le chirurgien, les dilatateurs attirent le voile « en avant, maintiennent écartées les parois du pharynx et s'op- « posent à la contraction cicatricielle secondaire. »

Aussitôt l'appareil placé, l'enfant fut ramenée chez elle et se gargarisa toutes les heures avec une solution de bromure de sodium et prit pendant quelques jours intus une potion du même sel. Comme vous le voyez, elle respire très bien par son nez. L'appareil que vous pouvez voir en place sera retiré par le Dr Delair qui vous en expliquera le mécanisme et le fonctionnement. Vous en admirerez la légèreté et l'ingéniosité pour lesquelles nous devons féliciter le Dr Delair le plus vivement, car nous croyons que c'est la première fois qu'un appareil prothétique en métal ait été appliqué au fond de la gorge pour un cas de symphyse.

Je dois vous dire que je vis l'enfant le soir même de l'opération ; je la trouvai en train de jouer dans son lit avec sa poupée, et j'appris tout



Face inférieure concave.



Face supérieure convexe

à fait contrairement à mon attente, qu'elle n'avait eu aucune douleur toute la journée, qu'elle n'avait eu ni nausées, ni vomissements, et que le lait qu'elle buvait ne refluait pas par son nez, toutes choses qui ne peuvent que paraître excessivement paradoxales.

Les dilatateurs des ailes du nez de l'enfant sont un peu affaiblis par suite de non-fonctionnement, mais un petit tampon de coton enduit de pommade boriquée, roulé en boule et placé dans le cul-de-sac antérieur du vestibule de chaque narine, empêche l'aspiration des ailes et permet à l'enfant de très bien respirer. Ces muscles reprendront petit à petit, il faut l'espérer, leur fonction, aidés, s'il le faut, par un peu d'électricité.

J'espère pouvoir enlever bientôt l'appareil définitivement et peut-être à notre prochaine séance, c'est-à-dire dans un mois, vous montrer la petite fille complètement guérie.

VII. — VARIÉTÉ

LA GUÉRISON D'UN SOURD-MUET
d'après Dickens

Par **M. MENIER** (de Figeac).

Un de mes amis m'ayant chargé de relever dans les œuvres de Dickens tous les passages relatifs à la médecine et aux médecins, j'ai trouvé dans les « *Memoirs of Joseph Grimaldi* » un curieux passage dont je donne plus loin la traduction.

Disons d'abord que Grimaldi « *Old Joe* » (1779-1837) était un de ces clowns, familiers des princes, idolâtrés du public, dont la carrière glorieuse et accidentée laisse (et ici grâce à la complicité du biographe) un souvenir assez marqué.

Sa vie fut écrite, en 1838 (d'après ses notes manuscrites), par Dickens qui n'était déjà plus le *Boz* des Sketches et des Pickwick's *Papers*, sans être encore le romancier célèbre que nous connaissons tous.

Voici donc l'anecdote : En juillet 1807, une troupe nombreuse de marins du capitaine Harris se rendit un soir au théâtre de Sadlers-Wells et parmi eux se trouvait un matelot sourd et muet depuis de longues années. Cet homme fut placé avec ses camarades au rang de face d'une galerie. Grimaldi était en verve ce soir-là et bien que ce ne fût qu'un éclat de rire dans l'assistance, personne ne semblait plus se délecter à ses plaisanteries et à son humour que ce pauvre diable. Les compagnons, bonnes gens, le remarquèrent et l'un d'eux, qui s'exprimait très bien avec ses doigts, lui demanda si le spectacle lui plaisait ; le sourd-muet répondit par la même voie et, avec gestes de grand plaisir manifesta n'avoir auparavant jamais rien vu d'aussi comique.

La scène continua, les plaisanteries et les contorsions [1] de Grimaldi devinrent plus irrésistibles et enfin, après un violent tonnerre d'hilarité et d'applaudissements qui ébranla le théâtre et auquel le muet prit part de tout son cœur, cet homme se tourna vers son voisin et s'écria, au comble du plaisir : « Quel damné plaisant bonhomme ! » — « Quoi, Jack, dit l'autre, en

1. Horace disait déjà :

Segnius irritant animos demissa per aures
Quam quæ sunt oculis subjecta fidelibus.

reculant de surprise, tu parles ? » — « Parler ! répliqua le muet ; certes, oui, je parle et j'entends aussi ! »

Là-dessus, tous les marins poussèrent trois hourrahs puissants et à la fin du spectacle se rendirent en corps à l'auberge « Sir Hugh Middleton » toute voisine, portant sur leurs épaules le « miraculé »...

Ici nous abrégeons un peu la longue anecdote : Grimaldi alla voir le marin guéri, qui raconta qu'avant, il parlait et entendait très bien et attribuait la privation de ces deux sens à la chaleur intense des pays où il avait séjourné. La veille, au théâtre, il avait senti pendant longtemps un angoissant besoin de manifester son plaisir et après un jeu de scène particulièrement amusant de Grimaldi, il y avait réussi, à sa grande surprise et à celle de ses camarades. M. Dibdin, directeur de théâtre, interrogea le marin avec soin et acquit la certitude qu'il disait la vérité, chose qui fut confirmée par le capitaine Harris qui avait eu ce matelot sous ses ordres [1].

Nous donnons, sans autre commentaire, cette mirifique histoire dont Grimaldi aurait pu tirer parti pour inscrire au fronton des théâtres où il jouait, non plus « *Castigat ridendo mores* », mais bien : « *Sanat ridendo mutos* ». Puisque nous parlons de comédie, rappelons que dans le *Médecin malgré lui*, Sganarelle a à son actif, comme Grimaldi, la guérison beaucoup plus facile d'une muette.

*
* *

Dickens, dans ses notes sur son voyage en Amérique, parle d'une sourde-muette-aveugle célèbre qu'il eut occasion de voir de près : Laura Bridgeman, qui, on le sait, a servi de sujet d'étude aux psychologues et aux physiologistes s'occupant de l'origine et de la formation des sensations et des connaissances.

*
* *

L'aventure du matelot, *guéri* par Grimaldi, fait involontairement songer à la tradition, transmise peut-être par Hérodote, qu'on retrouve, en tous cas, dans tous les manuels d'Histoire ancienne.

Lorsque Cyrus prit Sardes [2], capitale de la Lydie, Crésus, possesseur de ce royaume fut attaqué par un soldat qui, le glaive levé, allait le massacrer, lorsque le fils du roi, *muet depuis sa*

1. *Memoirs of Joseph Grimaldi* by Ch. Dickens, chap. XIII, p. 60 (édition populaire de John Dicks).
2. Crœsi regia Sardis (Horace).

naissance, s'écria : « Arrête, malheureux, ne tue pas Crésus ! » C'est sans doute là une interprétation plutôt légendaire qu'historique du geste réflexe et plein de piété filiale du jeune muet.

Remarquons que ce pauvre Crésus eut moins de bonheur avec la faculté d'élocution de son autre fils [1].

Pline l'Ancien nous enseigne en effet que le fils de ce monarque parla à six mois dans son berceau, prodige qui amena la chute de l'empire de son père (*Semestris locutus est Crœsi filius in crepundiis, quo prodigio totum id concidit regnum.* Pline l'Ancien, liv. XI, parag. 65). Si trop parler nuit, parler trop tôt, on le voit, n'est pas sans danger.

L'Évangile aussi nous offre l'histoire du sourd-muet guéri par Jésus, après application d'un peu de salive et de terre sur l'oreille et sur la bouche. « *Ephephta*, c'est-à-dire : ouvre-toi ! » dit le Messie, et le sourd-muet entendit et parla.

Nous ne croyons pas trop nous avancer en disant qu'il est très probable que les traditions et les légendes des peuples anciens et des nations modernes doivent renfermer des faits analogues, qui, s'ils ne sont pas d'un intérêt palpitant, ont toujours le mérite « *de faire passer une heure ou deux* ».

1. Peut-être était-ce le même et l'histoire en devient alors plus amusante.

REVUES ET COMPTES RENDUS

I. — SOCIÉTÉS SAVANTES

I. — *PREMIER CONGRÈS RUSSE D'OTO-LARYNGOLOGIE*
27-29 décembre 1908.
Président : prof. N. Volkovitch.
Compte rendu par Michel de Kervily (de Paris).
1re séance, 27 décembre 1908 (soir).

Au sujet de la séméiologie des affections du labyrinthe. Nouvelle fonction du labyrinthe, par C. von Stein (de Moscou). — Les symptômes des affections du labyrinthe se divisent en troubles de l'audition et en troubles dans les mouvements. L'examen de ce second groupe est le plus difficile; il faut déterminer :

1° *Les troubles objectifs de l'équilibre* au point de vue de l'augmentation, de la diminution ou du défaut de l'action des muscles de tout l'organisme, de groupes musculaires ou de muscles isolés. Dans ce but, il est nécessaire d'examiner les muscles superficiels et les muscles des organes profonds. Les contractions réflexes donnent les indications les plus importantes. Les muscles doivent être examinés à l'état statique puis à l'état dynamique. L'examen des muscles des membres inférieurs peut révéler les premiers stades de l'affection. On recherche ensuite le nystagmus. Il n'existe pas de signe certain de la destruction d'un labyrinthe, il faut donc mettre en œuvre tous les procédés d'examen.

2° *Les troubles subjectifs de l'équilibre* (vertiges, etc.). D'après ses observations, l'auteur soutient qu'il existe un lien étroit entre le labyrinthe et les yeux ainsi que la peau : il faudra rechercher le dermographisme et l'effet de différentes couleurs sur les troubles de l'équilibre (chromopathie).

Le labyrinthe a, d'après l'auteur, 4 fonctions : *a*) audition ; *b*) régulation de la circulation cutanée sous l'influence de sons (la diminution ou la perte de cette fonction produit le dermographisme; *c*) régulation de la transmission des sensations lumineuses et colorées aux sens moteurs (la diminution ou la perte de cette fonction produit la chromopathie); *d*) action sur les nerfs sensitifs de la peau en transmettant les variations de sons. Chez les sujets ayant des bruits subjectifs, on observe presque toujours du dermographisme. Dans le labyrinthe, il y a donc un appareil vaso-régulateur périphérique.

L. Lévine (de Saint-Pétersbourg) n'a obtenu que 4 guérisons dans des cas peu avancés.

Au sujet des injections de paraffine, par S. Bourack (de Charcoff). — L'auteur soutient que les injections à l'état froid d'un mélange de paraffine et de vaseline (température de fusion entre 48° et 50°)

ne provoquent aucune des complications qui peuvent se produire après les injections de paraffine à l'état liquéfié par la chaleur.

La laryngostomie dans des cas de périchondrite du larynx, par A. Ivanoff (de Moscou). — Se basant sur 8 opérations que l'auteur a pratiquées pour rétrécissement du larynx consécutif à une périchondrite soit typhique, soit syphilitique, l'auteur montre que les infiltrations sous-muqueuses n'ont pas disparu sous l'influence de la pression prolongée du tube de caoutchouc. Il a été nécessaire de faire plus tard l'ablation du tissu infiltré et induré. A la suite d'une perte notable de substance dans la paroi cartilagineuse, on peut obtenir une dilatation par l'action prolongée du tube de caoutchouc. Pour combler le défaut de la paroi antérieure, l'auteur a employé le procédé de Mangold, mais dans un cas, au lieu d'utiliser le cartilage costal, Ivanoff s'est servi avec succès du cartilage de la cloison nasale. La respiration par les voies supérieures s'est complètement rétablie chez 4 malades, les autres sont encore en traitement.

Le traitement à ciel ouvert des sténoses laryngées et même de la tuberculose laryngée a un grand avenir, car il permet de suivre toutes les modifications qui se produisent dans la plaie.

A. de Lens (de Kieff) a pratiqué la laryngostomie dans deux cas sans avoir besoin de recourir à une chondroplastie.

Traitement de l'ozène par des injections de paraffine, par L. Svergevsky (de Moscou). — L'auteur a traité par ce procédé 49 malades qui se divisent en trois groupes : 1° 7 malades gravement atteints (un seul guéri), 2° 28 malades moins gravement atteints (9 guéris, 15 temporairement améliorés et 4 sans succès), 3° 14 malades avec manifestations d'atrophie (9 guéris, récidives chez 5). L'auteur conclut que les injections de paraffine sont sans danger ; dans les cas qui ne sont pas trop avancés, on obtient des guérisons, dans les cas graves, il n'y a qu'amélioration temporaire. Il est préférable d'employer 0 cent. 1 à 0 cent. 5 de paraffine fondant à 48°.

2e séance, 28 décembre 1909 (matin).

Situation anormale de l'oto-laryngologie en Russie, et mesures à prendre pour la régulariser, par le prof. V. Okuneff (de Saint-Pétersbourg). — Malgré les grands progrès de l'oto-laryngologie, il n'y a pas encore en Russie de cliniques bien installées, de sorte que ceux qui se destinent à la spécialité vont faire leurs études à l'étranger. Il est nécessaire de présenter des vœux pour la création de chaires d'oto-laryngologie dans les Universités de Russie.

Sur l'organisation d'une Société oto-laryngologique de Russie. — Rapport de la Société oto-laryngologique de Saint-Pétersbourg, par L. Levine.

Sur les questions des Congrès oto-laryngologiques, par A. Ivanoff (de Moscou).

Maladies des oreilles chez les conscrits, par Jurgens (de Varsovie). — Un grand nombre d'affections de l'oreille qui ont débuté dès l'enfance à la suite de rougeole, scarlatine, diphtérie, etc. ne sont montrées pour la première fois à un médecin qu'au moment où le jeune homme passe le conseil de révision. Un grand nombre de conscrits auraient pu être incorporés dans l'armée si l'organisation de cliniques otologiques était plus régulière dans les petites villes et les villages. De plus, on observe un grand nombre d'affections otologiques simulées ou artificiellement produites. On peut les diviser en 3 groupes : 1° Affections sub-aiguës de l'oreille moyenne. Ce sont des cas qui sont aigus d'après les symptômes cliniques, mais qui sont chroniques d'après leur durée ; ils ont été le plus souvent volontairement produits ; 2° Inflammations et brûlures du conduit auditif (artificiels) 3° Surdi-mutité simulée.

L'auteur émet le vœu, adopté par le Congrès, qu'il soit créé dans chaque Université, une chaire d'otologie ; le nombre des médecins otologistes augmentera dans l'Empire. Que l'otologie soit considérée à l'égal des autres branches de la médecine dans la médecine militaire, et qu'il y ait dans l'armée un nombre suffisant de médecins spécialistes. De plus, la diminution de la durée du service militaire entraînera la diminution de mutilations volontaires chez les conscrits.

3e séance, 28 décembre 1909 (soir).

Rapports entre les affections du nez et celles de l'œil, par L. Svergevsky (de Moscou). — Plusieurs conditions permettent le passage du processus morbide du nez à l'œil ; ce sont les dispositions anatomiques de l'orbite, la richesse de développement des systèmes lymphatique, sanguin et nerveux, les communications congénitales ou acquises entre le nez et l'œil, etc. Toutes les affections du nez, aussi bien aiguës que chroniques, peuvent provoquer des affections de l'œil. La cause la plus fréquente est due à des modifications de l'orifice inférieur du canal lacrymo-nasal et à des irritations réflexes de l'œil. Les affections des annexes du nez produisent aussi très souvent des complications oculaires. Dans les cas de sinusite maxillaire on observe toute une série d'affection des voies lacrymales du globe oculaire et des troubles circulatoires. De même dans les cas d'affections du sinus frontal. Les affections des cellules ethmoïdales sont rarement isolées, et les affections oculaires dans ce cas sont causées le plus souvent par les empyèmes, les caries et les mucocèles. La névrite rétro-bulbaire unilatérale est souvent un signe pathognomonique d'une sinusite.

L'auteur montre à la suite de sa communication toute une série de préparations anatomiques de dessins et de photographies, démontrant par quelles voies se fait la propagation des affections du nez à l'œil.

Indications de l'amygdalotomie et hémorragies consécutives, par A. Skrypt (de Charkoff). — Ni la physiologie ni l'expérimentation ne donnent encore une base certaine pour faire des conclusions pratiques au sujet des indications de l'amygdalotomie. Les observations cliniques permettent cependant de considérer les amygdales comme des portes d'entrée des infections dans l'organisme. Par conséquent, on peut soutenir : 1° qu'il ne faut opérer que des amygdales qui sont le siège de modifications pathologiques. 2° Lorsqu'il existe chez des enfants à la fois des amygdales malades et des végétaux adénoïdes, il faut d'abord enlever ces dernières, car on observe souvent que deux ou trois mois après cette opération, les amygdales diminuent de volume. 3° Il faut être particulièrement prudent chez les adultes et, avant d'opérer, il faut faire avec soin un examen de l'état général, de la région des amygdales et de la tendance aux hémorragies. Après l'opération, le malade doit rester sous la surveillance du médecin pendant deux ou trois heures au moins, et l'on devra avoir à portée de la main les instruments et les médicaments nécessaires pour faire l'hémostase et même la ligature de la carotide en cas de besoin.

A. Ivanoff (de Moscou) déclare qu'à la Clinique de Moscou, en présence d'un malade ayant des amygdales hypertrophiées, on cherche s'il n'y a pas de végétations adénoïdes, et on fait préalablement l'ablation de ces dernières, les amygdales pouvant revenir ensuite spontanément à l'état normal.

C. von Stein (de Moscou) fait toujours après une amygdalotomie, une cautérisation à l'acide chromique et il ne se produit jamais d'hémorragie.

Traitement de la surdité chronique et des bruits subjectifs par les vibrations combinées avec le cornet métallique, par C. Préobragensky (de Moscou). — L'auteur n'est pas partisan de l'emploi du massage aérien électromoteur du tympan, car il considère que ce procédé tiraille les osselets, et provoque de la surdité et des fruits subjectifs. Il propose un cornet métallique uni au tube d'un électromoteur. On a ainsi un ébranlement du tympan et des osselets très doux et ne donnant pas de suites fâcheuses. La vibration combinée consiste en ce que l'on fait en même temps de la mécanothérapie de la trompe d'Eustache, de la région externe voisine de l'oreille, du typan et de la chaîne des osselets. La technique est simple. Dans la trompe on introduit une sonde et l'on place le cornet sur l'oreille. Au moyen d'un moteur, toutes les régions indiquées subissent le massage.

Les observations de l'auteur comprennent 132 cas de surdité chronique et de bruits. Parmi les cas de surdité, 80 % ont été notablement améliorés ou guéris; dans 19, 6 % des cas il y eut peu ou pas de résultats.

Parmi les cas de bruits, il y eut 70 % de cas notablement améliorés ou guéris et 30 % sans résultats. Les séances durent 2 à 10 minutes tous les jours ou une fois en deux jours (10 à 20 séances sont nécessaires).

Jirmounsky (de Saint-Pétersbourg) n'a pas vu de résultats particulièrement favorables après le massage combiné selon Urbantschitsch et considère que ce procédé n'est pas meilleur que le massage vibratoire ordinaire.

Rapports entre l'hypertrophie de l'amygdale pharyngienne et le développement de l'organisme chez les écoliers, par T. Gavriloff (de Samara). — L'auteur a fait des comparaisons entre la taille, la largeur des épaules et de le poitrine, le poids et la contenance des poumons et conclut que, contrairement à ce que soutiennent la plupart des auteurs : 1° les écoliers qui ont une amygdale pharyngienne hypertrophiée n'ont pas, jusqu'à l'âge de 14 ans un organisme moins développé que les écoliers qui ont une amygdale normale. Après 14 ans, les écoliers dont l'amygdale est hypertrophiée sont moins développés que les écoliers normaux. Cela résulte de ce que l'amygdale pharyngienne subit une régression d'autant plus tôt que l'organisme du sujet est plus fort; par conséquent, chez les sujets faibles, cette amygdale persiste pendant longtemps.

Influence de l'hypertrophie de l'amygdale pharyngienne sur les affections des oreilles, par T. Gavriloff (de Samara). — Tous les auteurs reconnaissent que l'hypertrophie de l'amygdale pharyngienne a une très grande influence sur les affections des oreilles, mais il n'est pas facile de déterminer à quel point cet anomalie provoque des affections de la région tympanique et de la trompe d'Eustache. L'auteur a fait une statistique comprenant 5.188 cas; parmi eux, il y avait une hypertrophie de l'amygdale dans 1.649 cas. Quel que soit l'âge du sujet, les affections de la trompe d'Eustache étaient beaucoup plus fréquentes chez ceux dont l'amygdale était hypertrophiée. Cependant, les cas de catarrhe sec de la région tympanique ne se rencontraient presque jamais parmi les sujets appartenant à ce groupe. Chez les sujets qui n'avaient pas encore 15 ans et dont l'amygdale était hypertrophiée, on observait plus souvent des inflammations aiguës de la région tympanique. L'inflammation chronique purulente existait plus souvent chez ceux dont l'amygdale était hypertrophiée, mais seulement à un âge adulte; à 15 ans, cette affection est plus fréquente chez les sujets dont l'amygdale est normale.

II. — *ACADÉMIE DE MÉDECINE DE NEW-YORK*

SECTION DE LARYNGOLOGIE ET DE RHINOLOGIE

Président : Wolff Freudenthal.

Compte rendu par C. Breyre (de Liège).

Séance du 25 novembre 1908.

Présentation de malades.

Cancer du larynx; laryngectomie après une observation pendant douze années, par Harmon Smith.

En 1896, J. S., âgé à cet époque de 33 ans, fut observé par Gleitsmann qui le présenta à la société. Il se plaignait alors d'une raucité datant d'un an sans douleur, ni toux, ni dyspnée. Il n'avait pas perdu en poids et avait continué l'exercice de sa profession. L'examen externe ne montrait rien.

L'examen laryngoscopique montrait une masse d'un blanc de neige soit sur la corde vocale droite, soit émergeant du ventricule de Morgagni et ressemblant à un morceau de coton poussé dans le ventricule.

L'examen microscopique montre un papillome dur probablement carcinomateux. La patient disparut jusqu'en août 1907. A première vue, je doutai entre cancer et syphilis et j'instituai un traitement spécifique (IK). L'aspect des lésions n'était plus celui de 1896. La bande ventriculaire était fortement tuméfiée et certaines parties de la corde du côté opposé étaient masquées par un gonflement de la bande ventriculaire. Quand l'attention du Dr Wright fut attirée sur le cas, il reconnut le cas présenté onze ans auparavant par Gleitsmann.

Une parcelle de l'excroissance fut examinée et Wright répondit : pachydermie laryngée. Le malade n'avait pas de douleur, pas de ganglion et rien de suspect dans l'état général : rien que la raucité et parfois un peu de gêne respiratoire.

Une seconde parcelle enlevée en septembre 1907 et Wright répondit : hyperplasie considérable avec dégénérescence cornée de la surface, mais l'épithélioma s'enfonce dans le stroma conjonctif d'une manière atypique. Il ne paraît pas y avoir assez d'hyperplasie épithéliale pour produire la tumeur. Il y a une fragmentation nucléaire considérable attribuable à l'opération endo-laryngée antérieure.

Après chaque enlèvement le malade se sentait beaucoup mieux et demandait à ce qu'on l'opérât à chaque examen clinique. C'est à peine s'il se produisait la moindre réaction et la moindre hémorragie. On fit plusieurs prélèvements ultérieurs et à chaque nouvelle biopsie, on constata des changements qui conduisirent à la conviction que l'on avait affaire à une tumeur maligne. En janvier 1908 l'état général du malade commença à s'aggraver et à la suite d'un nouvel examen histologique en avril 1908 le Dr Wright dit : la tumeur prend une tournure maligne.

La dyspnée allant en augmentant, le malade voulut bien se soumettre à n'importe quelle intervention (chose qu'il avait toujours refusée). Une petite glande sensible à la palpation était apparue juste en dessous du larynx.

Le malade fut adressé au Dr Brewer pour laryngectomie.

Le larynx fut envoyé au Dr Wright qui dressa le protocole suivant : « L'examen d'un grand nombre de coupes montre d'une façon irrévocable qu'il s'agit d'une tumeur maligne, mais cela ne se voit que sur certaines coupes et jamais dans les régions superficielles. Il s'ensuit que maintes fois des prélèvements pour biopsie peuvent donner des résultats inadéquats. »

Ce qui fait l'intérêt de cette observation, c'est :

1° La longue durée, la lenteur du processus néoplasique malin ;

2° Le doute sur la nature de l'affection, ce qui empêcha toute intervention radicale précoce. Je crois qu'il eût été possible au début de procéder à une thyrotomie et de faire une extirpation avec espoir de guérison radicale ;

3° Le peu de phénomènes généraux avec un néoplasme malin d'aussi longue durée.

Smith lit une note de Wright empêché d'assister à la réunion : « En revoyant les rapports des premiers examens histologiques comparés avec le dernier examen (celui du larynx entier) je ne puis m'empêcher d'admettre qu'il s'est agi d'un épithélioma d'allure relativement inoffensive. La prolifération a été au début de la néoplasie ce qu'elle était à la fin. Malgré la lenteur de la prolifération tôt ou tard les cellules néoplasiques devaient gagner la lumière de vaisseaux sanguins importants ou envahir les troncs lymphatiques. Il me paraît certain que ces cellules ont été transportées au loin et que des métastases se formeront.

« Il est probable que ces métastases auront ce caractère de rapidité ou de lenteur qu'avait la néoplasie primitive, mais il n'est pas impossible que les progrès de l'âge ou des changements survenus dans l'état général n'affaiblissent les barrières opposées jusqu'ici au progrès de la néoplasie cellulaire et que les métastases affectent ainsi une allure plus rapide. »

Gleitsmann avait proposé la thyrotomie au malade tout au début mais celui-ci avait refusé de s'y soumettre. Un point important consiste à connaître la nature de la néoplasie tout au début, car la question se pose de savoir s'il peut y avoir transformation d'une tumeur bénigne en tumeur maligne.

Il y a 12 ans, Semon dans le *Centralblatt* fit sur cette question un référendum auquel répondirent des médecins du monde entier. C'était à propos du cas de l'empereur d'Allemagne. Un ou deux seulement répondirent affirmativement. Ce qui est extraordinaire ici, c'est le fait que pendant 10 ans un néoplasme dort dans le larynx sans troubler en rien la santé de l'individu. Or, en 1896, les points blancs de neige devaient déjà faire penser à la malignité.

Freudenthal croit aussi qu'il s'agissait de cancer dès 1896. Il existe des observations de cancer du sein et d'ailleurs dormant pendant très longtemps. Lors de son premier examen il n'avait pas cru à du cancer, mais maintenant il ne persiste pas de doute dans son esprit.

Chappell croit aussi qu'il s'agissait de cancer lors des premiers examens : si l'on avait procédé à des prélèvements plus profonds pour biopsie tout doute eût été levé et les cliniciens qui ont observé le malade auraient pu mettre plus d'insistance pour lui faire accepter la thyrotomie qui eût été couronnée de succès.

Smith clôt la discussion en regrettant de n'avoir pas eu de détails sur la laryngectomie.

On fit une trachéotomie dix jours au préalable.

Après la laryngectomie on lui mit une sonde naso-œsophagienne à demeure et le malade fut ainsi alimenté, ce qui est très important. Actuellement il va bien et sera présenté dans une autre séance.

Mycosis, par J.-H. Abraham. — Il s'agit d'une garde-malade qui a bien voulu se présenter à la Société. Elle porte sur la base de la langue de gros amas de pharyngo-mycose. Pas les moindres altérations de l'état général.

Étude sur les relations anatomiques du nerf optique avec les cavités accessoires du nez, par Hanan W. Loeb.

Résumé des constatations faites sur 15 crânes.

1° *Les sinus sphénoïdaux* varient comme suit : diamètre antéro-postérieur 2 à 42 mm., vertical 4 à 36 mm., latéral 2 à 35, en moyenne 21.5, 22.8, 18.4.

2° *L'ouverture dans le nez* siège dans la grande majorité des cas à mi-distance entre le plancher et le toit du sinus. Rarement il est plus près du toit.

3° *Les diamètres de l'ethmoïde.* Le labyrinthe d'avant en arrière 22 à 54 mm., dans le sens vertical 17 à 59 mm., dans le sens latéral 9 à 28 mm. Les cellules antérieures : diamètre antéro-postérieur 9 à 40 mm., vertical 7 à 57 mm., latéral 7 à 29 ; les cellules postérieures, diamètre antéro-postérieur 13 à 32 mm., vertical 6 à 38 mm. latéral 8 à 28 mm.

4° *Les diamètres du sinus frontal* varient comme suit : antéro-postérieur 9 à 33 mm., vertical 14 à 51 mm., latéral 7 à 42 mm.

5° *Les diamètres des sinus maxillaires* : antéro-postérieurs 17 à 42 mm., vertical 17 à 47 mm., latéral 7 à 33 mm.

6° Le chiasma optique est d'habitude en relation avec l'un des sinus sphénoïdaux parfois avec les deux ; sur les crânes examinés jamais il n'est en rapport avec l'ethmoïde. Dans plus de la moitié des cas il siège derrière la cavité sphénoïdale.

7° Le nerf optique pourrait être divisé en deux portions, une portion sinusienne et une portion libre, la première étant d'habitude la plus grande : Nerf optique 34 à 55 mm., portion sinusienne 17 à 32 mm., portion libre 12 à 28 mm.

Autant qu'on puisse conclure il ne paraît pas y avoir de rapport entre les dimensions du sinus et celles du nerf.

8° Dans 5 cas (un tiers) un sinus sphénoïdal est en rapport avec les 2 nerfs optiques, l'autre n'ayant aucun rapport ; dans deux cas l'autre sinus participe à ces rapports, dans un seul cas il n'y a aucun rapport entre le nerf et les sinus sphénoïdaux.

9° Il y a une variation considérable dans la distance qui sépare le nerf optique et le niveau de la marge inférieure de l'orifice nasal du sinus, elle varie de 2 mm. à 14 mm. Dans 4 cas l'orifice est au niveau du nerf ou plus haut que lui.

10° D'une façon générale la dernière cellule ethmoïdale posté-

rieure (parfois elles sont deux) a très peu de rapports avec le nerf optique, à l'angle postéro-externe du toit ; à partir de ce moment le nerf se dirige en dehors vers le globe en s'écartant ainsi progressivement du labyrinthe ethmoïdal.

Dans un cas, une cellule antérieure remplace la postérieure et affecte les relations habituelles de cette dernière. Lorsque la cellule postérieure tient lieu de sinus sphénoïdal le nerf optique court en réalité le long d'une partie du labyrinthe.

11° Le frontal n'est pas en rapport direct avec le nerf otique, excepté quand il s'étend en arrière dans la région des cellules ethmoïdales. D'habitude il est en rapport avec le globe oculaire, parfois il en est assez éloigné.

12° Le toit du sinus maxillaire formant le plancher de l'orbite est sous le globe oculaire et n'a jamais moins de 7 mm. d'éloignement du nerf optique.

Aussi on peut déduire que :

1° L'*entreprise* du nerf optique sans abcès pério-orbitaire quoique considérée jusqu'ici comme une complication rare, est assez commune pour être prise en considération dans l'étude des sinusites.

2° Il est probable que de nombreux cas sont restés non publiés.

3° Selon toute vraisemblance, bien des symptômes mineurs résultant d'une entreprise passagère ont passé inaperçus.

4° Que l'infection s'opère par voie lymphatique ou sanguine ou par contact, plus petite est la distance du foyer, plus grande est la chance de l'entreprise du nerf.

5° Aussi est-il rare de voir le nerf optique intéressé dans les sinusites frontales ou maxillaires sans infection péri-orbitaire. Néanmoins il ne faut pas perdre de vue leurs rapports avec le golfe oculaire.

6° La sinusite sphénoïdale est la première incriminée, cela se conçoit, mais elle est plus rare que les autres sinusites, et à part dans l'empyème clos, le drainage s'opère librement ; le pus stagnant et fétide se trouve par ce fait sur le plancher assez loin du nerf optique.

Il en va tout autrement lorsque l'orifice est situé au même niveau que le nerf ou plus haut que lui ; il n'existe plus alors que l'interposition d'une mince lamelle osseuse entre le nerf et le pus (avec la gaine du nerf en plus).

Les six cas sur quinze dans lesquels un sinus affecte des rapports avec les deux nerfs optiques fournissent une explication suffisante de la névrite bilatérale survenant au cours d'une affection sinusienne.

7° Les cellules ethmoïdales antérieures qui sont si fréquemment atteintes d'inflammation suppurative, sont si éloignées du nerf optique qu'elles sont peu enclines à l'infecter à moins qu'indirectement après avoir infecté les tissus environnants. Néanmoins quand une cellule antérieure s'étend assez loin (comme dans le cas n° 12) elle peut directement infecter le nerf.

8° Les cellules ethmoïdales n'affectant que des rapports peu

étroits avec le nerf dans les conditions habituelles, il faut qu'une cellule ethmoïdale postérieure surplombante prenne la place du sinus sphénoïdal pour que ces rapports deviennent plus intimes, et alors ils seront les plus étroits qui puissent être (plus encore que quand il s'agit d'un sinus sphénoïdal infecté).

9° Aussi il importe d'étudier de plus près les cas dans lesquels l'orifice du sphénoïde est proche du nerf et les cas dans lesquels il existe une cellule postérieure surplombante. (*A suivre.*)

III. — *SOCIÉTÉ PARISIENNE DE LARYNGOLOGIE D'OTOLOGIE ET DE RHINOLOGIE*

Séance du 10 mars 1909.

Président : Mounier.

Secrétaire général : Veillard.

Contribution à la septicémie d'origine auriculaire, par Luc. — Ce travail repose sur deux faits. Le premier concerne un garçon de 11 ans, chez lequel les accidents septicémiques éclatèrent au dixième jour d'une otite moyenne suppurée, d'origine mal déterminée, sous forme d'une fièvre à grandes oscillations.

Comme il y avait de la sensibilité mastoïdienne à la pression, Luc pratiqua l'ouverture de l'antre sans y trouver de pus.

La fièvre persistant, dans deux nouvelles interventions, il réséqua la totalité de la mastoïde, puis ouvrit le sinus latéral et le golfe de la jugulaire, mais n'y trouva que du sang en active circulation.

Le Dr Nettêr appelé en consultation, pratiqua une première injection intra-veineuse de collargol. Non seulement la fièvre persista, mais le tableau clinique de la septicémie fit place à celui de la méningite, et effectivement une ponction lombaire établit la réalité de l'infection méningée.

Alors, alternativement, d'un jour à l'autre, on injecta du collargol dans une veine et dans l'espace sous-arachnoïdien ; mais l'infection alla s'accentuant et l'enfant succomba au bout de peu de jours, après avoir présenté des battements cardiaques de plus en plus tumultueux et faibles et finalement de la réfrigération périphérique.

L'examen du sang et du liquide rachidien y révéla la présence du streptocoque et du staphylocoque.

Le second malade, un homme de 36 ans, était à la 7e semaine d'une otite moyenne suppurée grippale, au cours de laquelle on n'avait noté ni fièvre, ni sensibilité mastoïdienne, quand la septicémie éclata sous forme de frissons suivis d'hyperthermie.

Malgré l'absence de sensibilité mastoïdienne, Luc soupçonnait depuis quelque temps déjà la participation de l'antre à la suppuration, en raison du caractère profus et persistant de celle-ci. La mastoïde fut donc ouverte dès le lendemain de l'apparition de la septicémie, et trouvée remplie de pus. La largeur de l'auditus en per-

mettait le facile écoulement. Dure-mère de l'étage moyen et sinus latéral furent dénudés, mais trouvés sains.

Cette intervention n'enraya pas les accidents, qui en trois jours aboutirent à la mort, malgré deux injections intra-veineuses de collargol.

A part un *Kernig* très net, il n'y eut pas ici de signes de méningite. Toute la symptomatologie se borna à l'hyperthermie et à des battements tumultueux du cœur et du pouls présentant le *type embryonnaire*. Le malade ne perdit connaissance que quelques heures avant la mort, et présenta comme le précédent de la réfrigération progressive des extrémités.

Luc tire de ces faits la conclusion pratique, que lorsqu'une suppuration aiguë de l'oreille se prolonge, sans tendance à la diminution, au delà de la 4e semaine, on doit proposer l'antrotomie au malade, en l'avertissant des dangers auxquels l'expose tout retard apporté à l'intervention, et en lui en laissant la responsabilité.

Castex. Les deux malades de Luc me rappellent exactement deux de mes malades pour lesquels j'ai eu comme lui, à déplorer une issue mortelle. Même tableau clinique, mêmes hésitations pour le diagnostic de complications latentes. J'appuierai donc ses conclusions en faveur des interventions promptes et je formulerai comme suit ma ligne de conduite pour l'ouverture de la caisse et de l'antre : dans le doute ne pas s'abstenir.

Lermoyez. Le mot septicémie a une signification extrêmement vague, qui peut prêter à des malentendus. Dans toute otite aiguë, lorsqu'il y a de la fièvre, celle-ci traduit une résorption de toxines et constitue de la septicémie à un degré variable. Toutefois, en clinique, on est convenu de ne considérer comme septicémie qu'une fièvre à grandes oscillations thermiques affectant la courbe en aiguilles de la pyohémie chirurgicale. Or, ce serait une erreur de croire que la grande septicémie otogène est toujours fonction d'une thrombo-phlébite du sinus latéral, soit totale, soit pariétale. Cette septicémie peut se produire toutes les fois qu'il y a rétention de germes très virulents dans les différents points de l'oreille moyenne. Je l'ai vue plusieurs fois disparaître après une simple paracentèse du tympan. Je l'ai vue cesser après une trépanation mastoïdienne. Je l'ai vue se terminer après l'évacuation d'un abcès extra-dural sans participation du sinus. Il importe donc, même en présence de la septicémie la plus caractérisée, de procéder du simple au composé et d'ouvrir successivement la caisse, la mastoïde, le crâne avant d'en arriver à l'incision du sinus latéral, qui, en cas d'intégrité de ce dernier, est toujours une intervention aléatoire.

Il serait intéressant si l'on pouvait tracer différents schémas cliniques suivant le lieu d'origine de ces septicémies otogènes. Le symptôme qui à cet égard me paraît le plus intéressant à considérer est le grand frisson solennel. Je ne l'ai presque jamais vu manquer dans le cas de thrombo-phlébite sinusale ; au contraire, dans les septicémies otogènes non sinusales, même lorsque la courbe thermique

montrait d'énormes oscillations, je ne l'ai pour ma part jamais observé. Je n'ai vu en pareil cas que des frissonnements répétés mais légers.

Pour ce qui est de l'indication chronologique de la trépanation de l'apophyse, je suis d'accord avec Korner et avec Luc pour admettre que tout écoulement purulent de l'oreille moyenne qui persiste plus d'un mois sans s'atténuer impose l'ouverture de l'apophyse, même en l'absence de tout autre symptôme. J'ai d'ailleurs montré dans une statistique antérieure que lorsque les otites aiguës sont convenablement traitées par des pansements aseptiques secs et occlusifs, elles évoluent en général suivant deux types cycliques : un type court qui dure de dix à quinze jours; un type long d'une durée moyenne de quatre semaines. Et de cette statistique on peut conclure qu'un écoulement aigu de l'oreille moyenne, qui après un traitement logique persiste plus d'un mois est certainement entretenu par une ostéite mastoïdienne qu'il importe de trépaner dans le double but de garantir l'ouïe et la vie du malade contre une surdité probable ou une mort possible.

Lombard. J'ai observé deux faits intéressants de septicémie auriculaire.

Le premier concerne une jeune fille de 15 ans atteinte d'otite moyenne aiguë droite paracentésée deux fois par un confrère : la première fois au début de l'otite, la deuxième dans la crainte d'une rétention alors que la température était déjà fort élevée. Je vis la malade après cette deuxième paracentèse. Elle avait eu des frissons la veille, me dit-on, et présentait une température de 40° le soir et 37° le matin. L'oreille suppurait à peine. Je fis une antrotomie classique : je ne trouvai rien ni dans l'antre, ni dans les cellules. Après la trépanation, la courbe thermique ne fut pas modifiée. Je n'ouvris pas le sinus et ne fis aucune opération veineuse. Netter, qui vit la malade à ce moment, et moi-même décidâmes d'appliquer la médication par le collargol. L'administration du médicament par la voie stomacale et les frictions ne donnant pas de résultat appréciable, une injection intra-veineuse fut pratiquée avant d'entreprendre une opération sur le sinus qui paraissait devenir nécessaire. Après la réaction franche bien connue, la fièvre tomba définitivement et la malade guérit sans recourir à une deuxième opération.

Autre fait : il concerne un enfant de 12 ans qui, dans la convalescence d'une grippe, commence une otite moyenne gauche ; celle-ci s'annonce par une douleur intense et une élévation de température à 40°. La douleur cède pendant la nuit. Les jours suivants, malgré une indolence presque complète, la température oscille entre 40°, 40°6 le soir, et 37°, 36°8 le matin. Je suis appelé au quatrième jour, le segment postérieur de la membrane est tombant et rouge : intégrité complète du segment antérieur. Pas d'œdème, pas de douleur à l'exploration de l'apophyse. Je fais une paracentèse large et, d'accord avec le confrère qui traitait le malade, nous instituâmes le traitement par les injections intramusculaires d'électrargol. Quarante-

huit heures après la paracentèse et vingt-quatre heures après la première injection, la température était normale.

Dans les deux cas, l'état général était franchement mauvais et me donnait les plus vives inquiétudes.

Ces formes cliniques rentrent à n'en pas douter dans ce groupe de faits de pyémie sans thrombose décrits depuis longtemps par Körner. On a invoqué pour les expliquer la phlébite des veinules intra-osseuses. Est-ce bien nécessaire ? Je crois qu'il s'agit simplement d'une forme particulière d'otites, l'otite septicémique. C'est une des formes de l'infection auriculaire. Il y a des otites septicémiques à réaction locale franchement inflammatoire, telle l'otite phlegmoneuse, l'otite hémorragique.

Il conviendrait donc de distinguer :

Des otites septicémiques ;

Des pyémies auriculaires dans lesquelles l'infection sanguine est consécutive à celle du système veineux péripétreux.

En ce qui concerne plus particulièrement les indications de l'opération mastoïdienne dans les otites qui suppurent depuis plus de quatre semaines, je suis de l'avis de Luc : il faut se mettre à l'abri d'une complication éventuelle en ouvrant l'apophyse. Certes, il y a des otites qui guérissent après quatre, six et même huit semaines. Mais l'ouverture de l'apophyse correctement exécutée, n'est pas une opération grave : il vaut mieux pécher par excès de prudence et opérer trop tôt que trop tard après l'apparition d'une complication.

Luc. Mon expérience ne concorde pas avec celle de Lermoyez, quant à la valeur pronostique de la présence ou de l'absence des grands frissons dans le cours des accidents pyémiques ou septicémiques d'origine auriculaire.

En effet j'ai constaté ce symptôme avec la plus grande intensité dans les deux cas de pyémie sans thrombo-sinusite que j'ai publiés dans mon *Recueil de leçons* (p. 412 et 414). Les deux jeunes malades en question guérirent sans avoir subi d'intervention sur la mastoïde ni sur le sinus latéral, et ils ne furent pas soumis non plus au traitement par le collargol ou l'électrargol, pour la bonne raison que ces médicaments n'étaient pas encore connus alors. Si la médication en question avait pu leur être appliquée, nul doute qu'on ne lui eût rapporté l'honneur de la guérison. En somme la différenciation clinique entre les formes bénignes et malignes des accidents septicémiques et pyémiques, d'origine auriculaire représente encore actuellement, à l'heure qu'il est, un des problèmes les plus embarrassants qui puissent se poser à nous.

Singuliers défauts de prononciation chez un enfant porteur de végétations adénoïdes, guéris par l'intervention, par Viollet.

L'auteur rapporte le cas d'un enfant de 4 ans et 2 mois, de développement incomplet. Cet enfant n'aurait commencé à parler qu'à 2 ans et demi ; à 3 ans on ne saisissait rien de sa conver-

sation ; actuellement encore il déforme la prononciation de quantité de mots : il dit paiss, quiss, fiss, famiss, Guissot pour paille, quille, fille, famille, Guillot (son nom) ; solese, semess, abéssile, amesset pour soleil, sommeil, abbaye, tramway ; pule, mule, fule, lulu pour poule, moule, foule, loulou ; pon pour bon ; monte pour monde ; mia pour moi, etc.

L'examen des oreilles permet de constater des tympans déprimés, sans reflets lumineux, l'audition diminuée des deux côtés mais plus à gauche ; celui du nez permet de constater une forte masse de végétations adénoïdes (4 grammes). Huit jours après l'opération les tympans avaient repris leur position normale et leurs reflets lumineux ; cinquante jours après l'intervention, l'enfant prononçait déjà exactement les mots énumérés plus haut.

L'auteur est d'avis que l'obstruction du pharynx explique classiquement la phonation nasale : l'enfant en question disait demeun pour demain, peun pour pain, pon pour bon, etc., c'est là du nasonnement ; au contraire les particularités du langage citées plus haut consistent en une sorte de systématisation des mots prononcés, sons complexes tels que eil, aye way ; à ces sons l'enfant substitue le son ss ; il en sera de même pour le son des ll mouillés, il dira ss ; et pour ou il dira u. Ce n'est plus ici une obstruction nasale qui est en cause, c'est avant tout l'audition défectueuse, le défaut d'aération des caisses par l'obstruction tubaire. Du fait de l'opération les trompes et le pharynx se trouvent dégagés, le nasonnement et les défauts de langage résultant de cette audition défectueuse se trouvent supprimés.

A cette observation l'auteur en ajoute une autre, il s'agit d'un enfant de 5 ans 1/2 supposé sourd-muet, présentant du catarrhe tubaire bilatéral, en même temps que de grosses végétations adénoïdes et un éperon de la cloison nasale.

L'audition de la voix haute se fait à courte distance, l'enfant arrive à répéter à peu près ce qu'on lui dit ; ne faudrait-il pas en pareil cas opérer, ne serait-ce que pour tenter la chance de dégager un peu ses oreilles et à coup sûr son nez et son pharynx et faciliter par cela même l'apprentissage du langage et assurer le développement général et la croissance de l'enfant ?

Castex. Les sourds-muets n'ont pas des adénoïdiens plus souvent que les autres enfants et comme leur surdité est généralement de siège labyrinthique ou cérébral, le curetage du cavum n'y remédie que rarement. Néanmoins l'opération peut leur être très utile pour l'amélioration de leur état général.

Grossard répond à Viollet qu'il opère les sourds-muets atteints de végétations adénoïdes et de gêne respiratoire nasale, autant pour améliorer l'état général de l'enfant que pour améliorer les vestiges d'audition qui existent parfois chez les sourds-muets.

Infections distantes chez les ozéneux, par A. Castex. — L'auteur communique quelques faits d'infection à distance dans l'ozène.

C'est le cas d'une femme de 40 ans qui présentait des adénopathies sous-maxillaires et carotidiennes à gauche. Elles disparurent lentement à mesure que l'état des fosses nasales s'améliorait.

Un jeune homme avait des troubles digestifs : anorexies, diarrhées fréquentes, etc., qui disparurent quand son ozène fut amélioré par les injections de paraffine.

Maintes fois les ozéneux ont des troubles cérébraux : céphalalgies, torpeur cérébrale, bizarreries de caractère. Castex mentionne un suicide chez une de ses malades.

Au total on peut enregistrer, jusqu'à présent, les complications digestives, respiratoires, ganglionnaires, oculaires et cérébrales.

G.-A. Weil rappelle une observation recueillie dans le service du Dr Babinski et rapportée dans la thèse de Lumineau. Femme atteinte de vertige auriculaire et d'obnubilation mentale, atteinte aussi de rhinite atrophique. La ponction lombaire guérit le vertige, fit disparaître les troubles mentaux et améliora la rhinite. Il se produisit notamment un écoulement nasal séreux assez abondant après la rachicentèse.

Koenig. Il y a encore les complications de tuberculose pulmonaire très fréquentes selon les auteurs.

Broncho-œsophagoscope à éclairage terminal latéral mobile, isolé, par N. Munch. — Cet instrument comporte un petit tube encastré dans la paroi du tube principal et destiné au passage d'une tige porte-lampe. Le volume du petit tube se répartissant des deux côtés de la paroi du tube principal, le calibre de l'instrument n'est pas sensiblement augmenté. La lampe « épi de blé » se trouve placée à l'extrémité profonde ou bec de l'endoscope. Elle éclaire le champ opératoire à travers une fenêtre percée dans la paroi interne du petit tube. Grâce à ce dispositif, on peut opérer en toute sécurité, sans avoir à redouter les accidents pouvant survenir du fait des pinces et des stylets que l'on introduit dans l'endoscope, et la technique broncho-œsophagoscopique est beaucoup plus facile qu'avec un éclairage frontal. En outre, chacun peut — sans entraînement spécial — examiner la lésion, une fois que celle-ci est mise au point dans le champ de l'instrument.

Les indications de la bronchoscopie et de l'œsophagoscopie dans les paralysie laryngées, par Pierre Cauzard. — Elles sont assez fréquentes. Elles se rencontrent quand la cause de ces paralysies est inconnue. L'endoscopie de l'œsophage et de la trachée permet de voir soit une altération des parois œsophagiennes (cancer), soit une compression de la trachée, des bronches ou de l'œsophage. Elle peut faire poser le diagnostic de tumeur médiastinale ganglionnaire ou autre, si cette tumeur n'est pas pulsatile.

Si l'on voit dans l'endoscope une compression de la paroi tubulaire de l'œsophage, ou de la trachée, animée de battements, il faut chercher à reconnaître en outre comme un soulèvement expansif de la

tumeur — afin de pouvoir affirmer l'anévrisme aortique. — En général, la compression œsophagienne d'origine aortique est rencontrée dans un espace compris entre le 19e et le 25e centimètre compté à partir de l'arcade dentaire supérieure.

L'intérêt de la méthode endoscopique est dans la possibilité de confirmer par elle un diagnostic supposé ou même méconnu.

A notre avis, dans la mesure du possible, il ne doit être procédé à l'œsophagoscopie, plus dangereuse que la trachéoscopie, qu'après radioscopie. — La radioscopie pouvant dans certains cas rendre inutile l'œsophagoscopie, ou contre-indiquer cet examen.

IV. — *SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE DE LONDRES*

Section Otologique.

Président : Peter Mc Bride

Compte rendu par A. Raoult (de Nancy).

Séance du 5 décembre 1908.

Thrombose du sinus latéral droit, caillot traversant le pressoir d'Hérophile et pénétrant dans le sinus latéral du côté opposé. Opération. Guérison, par H. L. Whitehead. — La malade âgée de 38 ans, présentait une otite moyenne suppurée à droite depuis 5 ans. Sept jours avant son entrée, elle fut prise de vomissements et de malaise, avec céphalée. Douleur mastoïdienne, congestion des papilles optiques. La mastoïde fut ouverte ; on trouva du pus, des granulations, l'os étant nécrosé au niveau de l'antre et des cellules mastoïdiennes s'étendant en arrière ; la dure-mère était à nu ainsi que le sinus latéral recouvert de granulations. En raison du mauvais état du malade, et de l'absence de frissons on ne poursuivit pas l'opération plus avant. Trois jours après on s'aperçut que le sinus était thrombosé ; l'os fut enlevé en arrière jusqu'au pressoir d'Hérophile et le sinus fut ouvert dans toute sa longueur. Le sinus longitudinal et le sinus latéral opposé étaient remplis par un caillot solide. La jugulaire interne fut mise à nu, liée et excisée.

Après l'opération, durant trois jours, la malade fut dans un état de collapsus, avec œdème de la face du côté opposé, tuméfaction des globes oculaires, dilatation des veines superficielles de la face La partie postérieure de la plaie avait bon aspect, mais du pus continuait à s'écouler de la partie antérieure. Des frissons survinrent les 5e, 6e et 7e jours. Le bulbe de la jugulaire fut mis à nu, et un caillot purulent fut enlevé. A partir de ce moment l'amélioration se produisit. Néanmoins il persistait de l'œdème de la face et du cuir chevelu. Cinq mois après l'opération, on découvrit de la fluctuation au niveau de ce dernier, et deux longues incisions furent faites qui donnèrent issu à du pus. L'abcès à parois couvertes de fongosités s'étendait depuis les orbites jusqu'à l'occiput à la hauteur de la partie supérieure des apophyses mastoïdes. La suppuration diminua, et le périoste adhéra à nouveau à l'os. Actuellement la malade est parfaitement guérie.

Section de la veine jugulaire interne thrombosée, par A.-L. Whitehead. — Il s'agit d'une coupe longitudinale. La tunique externe était normale.

Abcès cérébelleux secondaire à une labyrinthite infectieuse associée à un œdème aigu inflammatoire du cerveau. Opération. Guérison, par Sydney Scott. — Le malade, âgé de 28 ans, avait un écoulement d'oreille depuis l'enfance. Depuis 9 mois, il souffrait de vertiges avec vomissements et céphalée. Il ne pouvait marcher en ligne droite. Au bout de quelques mois ces attaques de vertiges avaient cessé. Mais il fut repris de céphalée, surtout dans la région occipitale.

A l'examen, on trouvait le méat gauche rempli de pus, et dans le fond des granulations. Pas de gonflement, ni de douleur de la mastoïde. Surdité absolue de ce côté. Signe de Romberg, nystagmus surtout dans la déviation des yeux du côté gauche.

L'opération fut pratiquée immédiatement. L'antre était rempli de granulations se prolongeant dans la partie canaliculaire du labyrinthe ; le nerf facial était à nu et recouvert de granulations. Au-dessous des granulations remplissaient la cochlée et le vestibule. La dure-mère fut mise à nu en élargissant la cavité osseuse directement en arrière de la région labyrinthique ; elle était recouverte de granulations sur une étendue d'un centimètre de diamètre. Ce point fut ouvert, ce qui donna issue à une grande quantité de pus provenant d'un abcès cérébelleux, celui-ci fut élargi et drainé. La plaie fut pansée à la gaze.

La céphalée diminua, mais reprit au bout de deux jours, accompagnée de vomissements et de mouvements incoordonnés du membre supérieur gauche ; la température était de 36° 1. Une seconde intervention fut pratiquée. La cavité de l'abcès cérébelleux fut explorée, il ne s'écoula pas de pus. Le lobe temporo-sphénoïdal fut mis à nu et ponctionné sans résultat mettant les symptômes éprouvés par le malade sur le compte de l'œdème cérébral ; la dure-mère fut largement incisée afin de permettre la hernie du cervelet. Au cours de l'opération, il y eut une hémorragie provenant du sinus latéral qui fut blessé par une pince coupante.

La céphalée diminua progressivement, et il se fit une hernie du cervelet, et une paralysie faciale apparut à gauche. Le signe de Kernig et la rétraction de la tête s'améliorèrent ainsi que le nystagmus. Un mois après l'opération, la plaie postérieure fut fermée par une suture, et la cavité pansée par le conduit élargi. Le malade a guéri complètement ; la paralysie faciale a seule persisté.

Méningite infectieuse consécutive à une infection labyrinthique, traitée avec succès par le drainage translabyrinthique et lombaire, par C. Ernest Welt et Sydney Scott. — Il s'agit d'une fillette de 7 ans, atteinte d'une ancienne otite moyenne à gauche, qui entra pour subir une cure radicale. Elle avait déjà présenté des signes de troubles.

labyrinthiques. On trouva la fosse ovale remplie de granulations, atteignant l'aqueduc de Fallope. La fenêtre ovale fut élargie par l'ablation de la partie inférieure de l'os, sans atteindre la cochlée et les canaux semi-circulaires. Au moment du curetage de la paroi interne du vestibule, il s'écoula une grande quantité de liquide cérébro-spinal. Cet écoulement continua les jours suivants. Mais à partir de l'opération l'enfant devint plus malade et eut des vomissements fréquents. Une paralysie faciale survint, puis de la céphalée frontale et de la contraction du cou ; signe de Kernig, suppression du réflexe patellaire ; température 39°4, pouls 112.

Le 18 février on pratiqua une double vestibulotomie avec drainage translabyrinthique ; les canaux semi-circulaires externe et supérieur furent enlevés, et le vestibule ouvert au-dessus du nerf facial. Le fond du méat auditif interne fut ouvert par l'ablation de la paroi antéro-interne du vestibule. Une grande quantité de liquide cérébro-spinal s'écoula par le méat qui fut drainé au moyen d'une mèche de gaze. Aussitôt se produisit une amélioration. Mais la céphalée, la rétraction et le signe de Kernig réapparurent au bout de deux jours. Après chaque pansement, favorisant l'issue du liquide cérébro-spinal, ces signes diminuaient d'intensité pour réapparaître ensuite. Il n'existait ni nystagmus, ni névrite optique. La ponction lombaire fut pratiquée ; on trouva dans le liquide de nombreux leucocytes mais pas de microorganismes ; à la suite se produisit une amélioration.

Le 26 février, on fit l'exploration de la fosse cérébelleuse, on ne trouva pas de signe d'abcès du cervelet. On pratiqua alors un drainage lombaire continu au moyen d'une canule fine introduite entre les lames de la 4e et de la 5e vertèbres lombaires. Il s'écoula une grande quantité de liquide céphalo-rachidien. L'enfant étant très affaibli on dut cesser ce drainage et l'on fit des injections de sérum.

L'état de l'enfant s'améliora néanmoins ; on retira le drainage de la base cranienne, le 3 mars. Le 8 avril, on put pratiquer une opération plastique afin de fermer la plaie auriculaire.

Encéphalite purulente traitée par le drainage et l'ablation du tissu cérébral infecté, par Ernest West. — Le malade âgé de 17 ans, se plaignait d'écoulement des deux oreilles datant de deux ans et de céphalée ayant débuté 5 jours auparavant. Il avait eu des frissons à plusieurs reprises. Ni vomissements, ni vertiges, bourdonnements. Il existait de la douleur à la pression de la mastoïde gauche.

Cette dernière fut ouverte aussitôt ; on trouva un abcès au-dessus du tegmen. La dure-mère était nécrosée sur une étendue large de 1 cm. de diamètre ; en ce point existait une fistule allant dans le lobe temporo-sphénoïdal. Cette fistule fut élargie, il s'écoula une certaine quantité de pus ; drainage pansement. Après l'opération l'état du malade s'était amélioré. Mais 8 jours après, la céphalée réapparut, ainsi que la fièvre.

La plaie fut rouverte à nouveau. L'écaille du temporal fut enlevée, une large incision de la dure-mère fut pratiquée ; au-dessous on trouva une portion du cerveau nécrosée qui fut enlevée à la curette. La cavitée fut drainée au moyen de gaze. A partir de ce moment l'état du malade s'améliora rapidement. Il n'y eut pas de hernie du cerveau. Le malade a guéri, l'état mental est très satisfaisant, il ne s'est produit aucune paralysie.

Tumeur du nerf auditif, par Macleod Yearsley. — La malade, âgée de 46 ans, se plaignait de surdité de l'oreille gauche depuis 15 mois avec bourdonnements ; pas de vertiges. L'examen auditif montrait qu'il s'agissait d'une lésion labyrinthique. Il existait une diminution des réflexes patellaires et du coude.

Le docteur John Tweedy avait constaté une névrite optique double. Victor Horsley enleva la tumeur, elle occupait la gaine du nerf auditif gauche au niveau du recessus latéral. La malade mourut le 30 mai, trois jours après l'opération, de collapsus cardiaque. Il s'agit d'un fibrome.

Seringue pour injection à la suite des cures radicales de l'oreille, par Urban Pritchard.

Anatomie chirurgicale de l'os temporal, par Arthur Cheatle. — L'auteur présente une collection de 525 os temporaux avec coupes.

Abcès temporo-sphénoïdal avec symptômes de manie ; ouverture à travers le tegmen tympani, lavages, drainage traitement par l'iodoforme, par Adolph Bronner. — La malade âgée de 11 ans, avait une otite à gauche depuis 2 ans, et se plaignait de l'oreille et de la tête depuis quelques mois. Elle poussait des cris et se roulait à terre. La mastoïde fut ouverte ; on trouva un petit cholestéatome de l'attique. Le tegmen fut enlevé ; la dure-mère était épaissie et un peu adhérente ; elle fut incisée puis on trouva au-dessus du pus. La cavité de l'abcès fut nettoyée, drainée et remplie d'une émulsion d'iodoforme. L'auteur répéta dans la suite cette injection à plusieurs reprises. Au bout de 8 jours, il ne s'écoulait plus de pus.

Affection du conduit auditif externe, par W. H. Kelson. — L'enfant âgée de 10 ans, avait un écoulement des deux oreilles. Les deux conduits auditifs devinrent rouges, tuméfiés et couverts d'un dépôt blanc difficile à enlever. Il n'y a plus d'écoulement.

V. — *SOCIÉTÉ DANOISE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE*

Président : Prof. H. Mygind.
Secrétaire : Mahler.
Compte rendu par Jœrgen Mœller.
Traduction par Menier (de Figeac).
Séance du 16 décembre 1908.

Suite de la discussion sur les labyrinthites survenant au cours d'otites moyennes suppurées.

Tetens Hald. La méthode indiquée par Voss pour le diagnostic de surdité unilatérale est, comme je le sais après m'être renseigné auprès du Prof. Voss, la *méthode d'insufflation* dont j'ai parlé dans la dernière séance.

Mygind. Parmi les labyrinthites survenant au cours d'une suppuration de l'oreille, les post-opératoires occupent une situation spéciale ; à la clinique otologique de l'hôpital Municipal, elles survinrent presque exclusivement après trépanation totale pour suppuration chronique ; en général, elles n'ont pas une rareté particulière. Je divise les cas en trois groupes. Le premier comprend les cas où l'on n'observe presque pas ou pas du tout les symptômes cliniques d'une affection labyrinthique, mais où plus tard on constate surdité totale de l'oreille atteinte, tandis que l'audition n'était pas abolie avant l'opération. Les symptômes cliniques de la labyrinthite échappent ici facilement à l'attention, car, ils apparaissent directement après l'opération, tandis que l'état général du malade est influencé par celle-ci et surtout par la narcose.

Dans le second groupe, je classe les cas avec symptômes labyrinthiques marqués et surtout nystagmus spontané et troubles de l'équilibre ; ces cas s'accompagnent souvent de paralysie faciale, condition qu'on ne doit pas laisser passer inaperçue. Le troisième groupe renferme les labyrinthites compliquées d'affections endocraniennes. La complication la plus fréquente était la leptoméningite suppurée diffuse qui, ordinairement, survenait immédiatement après l'opération et amenait très rapidement une issue fatale ; dans quelques cas cependant la méningite était localisée et il survint une guérison ; dans un cas de ce genre apparut une aphasie amnésique passagère, très nette.

Dans l'apparition relativement fréquente de labyrinthite post-opératoire, je vois un avertissement d'être prudents en posant le pronostic aussi bien *quoad vitam* que quant à l'audition. C'est pourquoi je trace assez étroitement la limite des indications à la trépanation totale dans l'otite moyenne suppurée chronique non compliquée, tandis que je suis très large pour la trépanation dans l'otite moyennne suppurée aiguë.

Schmiegelow. Depuis la dernière séance, j'ai opéré un nouveau cas de suppuration labyrinthique après cholestéatome. La malade se trouve très bien.

Quant à l'apparition des labyrinthites et méningites post-opératoires, je partage l'opinion de Mygind qu'il faut être réservé dans le pronostic au sujet de la fonction ; par contre, je ne redoute pas autant le danger d'une méningitè post-opératoire, car celle-ci semble toujours amenée par une suppuration du labyrinthe existant avant l'opération et, avec les moyens diagnostiques actuels, le diagnostic exact est plus assuré, de sorte que l'on peut mieux se protéger contre le danger d'une suppuration latente du labyrinthe.

60me SESSION

(En commun avec la Société danoise de Chirurgie.)

Séance du 16 janvier 1909

Président : H. MYGIND.

Secrétaire : L. MAHLER.

La méningite otogène et spécialement son traitement opératoire, par MYGIND. — A la clinique oto-laryngologique de l'hôpital municipal, ont été traités au cours des trois dernières années, 32 cas de méningite, dont seulement 21 se montrèrent comme des méningites otogènes. 15 cas furent opérés. Les malades étaient d'âge très différent ; entre autres, il n'y avait pas moins de 7 enfants au-dessous de 10 ans ; 11 fois l'affection d'oreille siégeait à droite, 10 fois à gauche ; 11 fois il s'agissait d'une suppuration aiguë, 9 fois d'une suppuration chronique ; dans 1 cas, la nature de la suppuration était incertaine. Ce n'est que dans un petit nombre de cas qu'il y avait des phénomènes de rétention et dans la moitié des cas, il n'y avait ni tuméfaction, ni sensibilité de l'apophyse ; dans 7 autres, ces manifestations n'existaient qu'à un degré tout à fait minime ; néanmoins dans la majorité des cas, on trouve de l'ostéite étendue qui, dans les cas chroniques, présentait les signes d'une inflammation aiguë. Pour ce motif, l'orateur pense que dans la plupart des cas, la méningite est causée par une otite compliquée d'ostéite *aiguë* de l'apophyse. La voie suivie par l'infection pour pénétrer dans l'intérieur du crâne fut : le labyrinthe 6 fois ; une ostéite du *tegmen tympani* 5 fois ; une phlébite du sinus : 4 fois ; dans les autres cas, on ne put trouver cette voie. Les complications, en particulier la phlébite du sinus, sont très fréquentes dans les cas de méningite otogène ; 7 fois, on trouva de la thrombophlébite. 5 fois un abcès périsinusien, 3 fois un abcès épidural ; 4 fois de l'encéphalite ou de l'abcès du lobe temporal.

Une méningite fatale ne se produit quelquefois que lorsque les méninges ont été exposées pendant déjà quelque temps à l'apport constant de matériaux infectieux renouvelés et, il est, pour cette raison, possible, de faire disparaître une méningite par une évacuation précoce du foyer primitif. Ce n'est que dans un cas que, trois jours déjà après le début de la suppuration, se montrèrent les symptômes cérébraux : dans trois cas, ce fut seulement dans la deuxième semaine ; trois fois dans la troisième, une fois dans la quatrième, et trois fois alors que 5 semaines étaient déjà écoulées. Mygind attribue, parmi les symptômes, la plus grande importance à la raideur de la nuque et au signe de Kernig, bien qu'ils soient loin d'avoir une constance absolue et puissent se montrer dans d'autres affections endocraniennes.

Il n'y eut que deux fois de la stase papillaire. Le diagnostic peut parfois être très difficile ; surtout chez les petits enfants, le diagnostic différentiel entre la méningite et l'irritation méningée si fréquente ; sous ce rapport, un fait important est que les symptômes cérébraux provoqués par une méningite augmentent très rapide-

ment d'intensité. Parfois, il peut y avoir confusion avec une pneumonie latente. On a un adjuvant important dans la ponction lombaire qui fut faite dans tous les cas ; il faut cependant se souvenir qu'au premier stade d'une méningite, le liquide céphalo-rachidien peut ne pas être trouble ; il faut donc, si les symptômes cérébraux augmentent, répéter la ponction lombaire. Mygind n'a, par contre, pas vu que la ponction ait quelque utilité au point de vue thérapeutique. De plus, dans la réaction calorique, on a un moyen excellent pour le diagnostic de la labyrinthite qui, dans environ la moitié des cas, sert de chaînon intermédiaire.

Quant à la question du traitement opératoire, il n'y a encore dans la littérature qu'un petit nombre de cas de méningite diffuse, vraie, guérie, mais, cependant, on a, en général, de plus en plus tendance à opérer. Ainsi qu'il a été dit plus haut, on a opéré 15 cas à la clinique otologique de l'hôpital municipal ; dans la plupart on fit opération radicale, craniotomie et incision de la dure-mère ; ordinairement, le cerveau tend à venir se placer dans la perte de substance osseuse, ce qui est peut-être le motif pour lequel il n'y a qu'un faible écoulement de liquide. Mygind pense pour l'instant que dans la majorité des cas, il est préférable d'inciser la dure-mère, non pour le drainage, mais, parce que sans cela, d'autres complications endocraniennes pourraient facilement nous échapper. La méthode qu'on doit suivre dans les cas de méningite otogène est, suivant l'orateur, celle-ci : suppression la plus précoce possible du foyer primitif de l'oreille moyenne, et enlèvement des produits inflammatoires pouvant se trouver éventuellement dans le labyrinthe, le sinus et le cerveau. Parmi les opérés un sembla guéri, mais mourut subitement d'une encéphalite hémorragique ; trois furent complètement guéris. (Présentation de ces sujets.)

(La communication sera publiée *in extenso*.)

P. Tetens Hald présente une préparation provenant d'un malade mort de méningite post-opératoire ; dans ce cas les examens modernes du labyrinthe furent particulièrement précieux. Le malade fut opéré, pour une otite moyenne suppurée chronique ; à l'opération : un peu d'ostéite aiguë à la partie postérieure du canal semi-circulaire horizontal. Vingt-quatre heures après, température : 39°, nystagmus rotatoire du côté sain, surdité totale de l'oreille opérée, pas de réaction calorique de l'appareil vestibulaire, alors que celui-ci avait fonctionné normalement avant l'opération. On proposa une nouvelle intervention que le malade refusa, et lorsque, 24 heures plus tard, il y consentit, il existait déjà de la raideur de la nuque et du signe de Kernig ; on fit l'opération sur le labyrinthe et la crâniotomie ; mais le malade mourut le lendemain.

Pour les indications de l'opération sur le labyrinthe dans les cas de méningite il va de soi qu'on fait l'opération dans les cas où l'examen fonctionnel indique une destruction du labyrinthe ; mais si, avant l'opération, le labyrinthe semble ne pas être détruit et s'il y a d'autres complications, par exemple la thrombose du sinus, qui

peuvent expliquer l'origine de la méningite, il ne faut pas toucher au labyrinthe ; par contre, dans les cas où il n'y a pas de complication de ce genre, il faut ouvrir même un labyrinthe à réaction normale ; en effet, le cas échéant, un labyrinthe même infecté peut, au début, avoir une réaction normale et le dommage qu'on produit en ouvrant peut-être une fois un labyrinthe sain, n'est rien en face du danger qui menace le malade si on néglige l'opération dans un cas où le labyrinthe a transmis une infection méningée.

Schaldemose. De quelle façon agit l'opération dans la méningite otogène, car il ne se fait pas de drainage appréciable ? Peut-être ces cas pourraient-ils aussi guérir sans opération. Est-ce que le trouble du liquide céphalo-rachidien indique toujours une méningite purulente diffuse ? Ce trouble pourrait peut-être aussi provenir d'une inflammation toxique non bactérienne.

Kr. Poulsen. Je voudrais savoir dans quel nombre des cas opérés il s'est agi de méningite otogène pure ? Souvent il existe d'autres complications, de telle sorte qu'on ne doit pas s'étonner, si, dans ces cas, une opération est utile au malade. Voit-on que l'opération soit efficace dans les cas de méningite pure ? Je crois que la thérapeutique est impuissante en face de la leptoméningite diffuse purulente.

Tscherning. Depuis 1895, j'ai opéré en tout 10 cas de méningite otogène ; deux ont guéri. L'important est d'opérer très précocement. Si, après incision de la dure-mère, on soulève un peu le cerveau à l'aide d'une spatule, du liquide purulent s'écoule au dehors, dans les cas de méningite. Je draine alors à l'aide de gaze ou de drains. Comme dans la péritonite par perforation, la nature des bactéries joue le rôle le plus important dans la marche du cas.

Mygind. Autrefois, presque tous les cas de méningite otogène mouraient, aujourd'hui, on en guérit au moins quelques-uns. Que ce soit l'opération qui rende des services, c'est ce qu'indique l'amélioration marquée de l'état qu'on observe souvent immédiatement après l'intervention. A mon avis, le drainage n'a aucune part dans le succès ; je crois plutôt que le drainage avec la gaze, etc., exerce une influence nuisible sur le cerveau, fait que j'ai eu plusieurs fois occasion d'observer.

VI. — *SOCIÉTÉ AUTRICHIENNE D'OTOLOGIE*

Président : Urbantschitsch.
Compte rendu par H. Barany.
Traduction par Menier (de Figeac).
Séance du 30 novembre 1908.

Présentation de malades, par Biehl.

1° Sujet ayant eu en août bourdonnements et douleurs dans l'oreille gauche. En octobre, il a une otite aiguë : paracentèse. Bientôt surviennent : vertiges et nystagmus rotatoire et horizontal du

côté malade ; ralentissement du pouls (40 pulsations et moins encore). L'état est revenu complètement à la normale).

Barany : Peut-être s'est-il agi de labyrinthite séreuse ou d'abcès du cervelet. Le ralentissement du pouls peut dépendre de la première affection, ou de la seconde si on le considère comme un symptôme d'augmentation de pression cérébrale.

2° Pavillon de l'oreille enlevé pour carcinome.

Présentation de malades, par Bondy.

1° Jeune homme de 16 ans, avec otite moyenne suppurée chronique. Un abcès extradural des deux fosses cérébrales s'était ouvert au dehors par une fistule située dans l'écaille du temporal. Opération, guérison.

2° Abcès du lobe temporal guéri par opération (siège : troisième circonvolution temporale).

3° Suppuration chronique : perforation siégeant à la membrane de Shrappnell ; tympan intact. L'ouïe était bonne. Opération radicale en conservant le tympan et les osselets. Guérison.

Cas de cholestéatome de l'antre et de l'attique, par Barany. — Guérison opératoire en conservant, comme dans le cas de Bondy, le tympan et les osselets. On devra respecter le tympan toutes les fois que la caisse elle-même n'est pas malade.

Cas de processus chronique d'adhérences dans l'oreille gauche, par Barany. — Il existe des vertiges, des bourdonnements. Tous les moyens employés, la suggestion hypnotique furent sans résultat. Une ponction lombaire, au contraire, amena une amélioration frappante (bien qu'il y ait eu céphalée et nausées pendant 8 jours). Guérison pendant six mois. Récidive ; nouvelle ponction, mais, cette fois, blanche. Une troisième, faite avec succès (0,05 cm. de liquide) fit disparaître le vertige.

Cas de suppuration labyrinthique latente, par Barany. — La suppuration était guérie. On trouva que la paroi latérale du labyrinthe était couverte d'hyperostoses et le canal semi-circulaire horizontal tout à fait ossifié.

Fistule du canal semi-circulaire, par E. Urbantschitsch.

Cas de labyrinthite aiguë au cours d'une otite suppurée chronique. Opération, suivie de paralysie faciale, par E. Urbantschitsch.

Présentation de malade, par E. Urbantschitsch. Le sujet, avant l'opération, présenta le signe du facial de Ruttin, bien que le nerf semblât être intact. On vit à l'opération que le facial était à nu derrière la fenêtre ovale.

Présentation de malade, par Alt. — Après un accouchement, la patiente eut des frissons, une tuméfaction du côté gauche du cou, otorrhée à gauche. Diagnostic : thrombose du sinus. Ligature de la jugulaire ; celle-ci était thrombosée; le sinus contenait encore du sang liquide. On trouva dans le thrombus du streptocoque. Quoique Alt croie n'avoir pas lié à la limite inférieure du thrombus et croie avoir fait la ligature en plein thrombus, il n'y eut plus de frissons. Guérison complète, avec lent retour à la température normale.

Méthode d'ouverture du labyrinthe, par Frey et Hammerschlag. — Elle se rapproche de celle de Jansen ; elle consiste à ouvrir le vestibule par la branche postérieure du canal semi-circulaire horizontal. On ne met à nu, ni la dure-mère de la fosse cérébrale postérieure ni le canal semi-circulaire postérieur.

Ruttin : Avec cette méthode ce n'est que dans quelques cas (ceux où le sinus est très en arrière) qu'on peut réussir à ouvrir le vestibule sans mettre à nu la dure-mère de la face postérieure. Dans les autres on sera obligé de mettre à nu la dure-mère et le canal semi-circulaire postérieur : ce qui revient à faire l'opération de Neumann.

Neumann. Je ne recommande la méthode de Frey et Hammerschlag que pour les cas où le sinus est très en arrière. Dans la plupart des cas, il vaut mieux mettre à nu la dure-mère de la fosse cérébrale postérieure ; s'il survient des complications, on s'en trouvera mieux aussi bien pour le diagnostic que pour l'opération.

VII. — *ACADÉMIE DE MÉDECINE DE TORONTO*

SECTION D'OPHTALMOLOGIE ET D'OTO-LARYNGOLOGIE

Séance du 19 novembre 1908.

Président : D. J. Gibb Wishart.

Compte rendu par Breyre (de Liège).

Histoire d'un malade porteur d'hyperplasie nasale avec participation de toutes les parties, dos, cornets, cloison, par Geoffrey Boyd. — Un traitement antisyphilitique fit rapidement rétrocéder l'hyperplasie. Quelques mois après, le malade revint avec des signes nets de lupus dont la curette eut raison. Depuis un an, il ne s'est rien reproduit. De quoi s'agit-il ?

Price Brown croit qu'il s'agit d'un lupus développé chez un ancien syphilitique.

Hyperthermie et mort après l'amygdalotomie, par D. J. Gibb Wishart. — Il s'agit d'une jeune fille de 18 ans ne présentant en général rien de particulier en dehors d'une hypertrophie des amygdales palatines et pharyngées. Les amygdales étaient couvertes de sécrétions, les cryptes remplies du dépôt caséeux habituel, que l'on rencontre si fréquemment.

L'amygdalotomie palatine double et l'adénectomie furent prati-

quées dans la narcose ; l'hémorragie fut peu abondante. Une heure ou deux après, apparaissaient des symptômes fébriles avec élévation de la température d'un degré toutes les heures jusqu'à 107 (Fahrenheit) (41°6 C.). A mesure que montait la température, la cyanose s'installait avec refroidissement des extrémités. La malade succomba 12 heures après l'opération.

Perry Goldsmith félicite Wishart pour la belle franchise avec laquelle il a relaté ce cas malheureux. Les médecins sont enclins à rapporter leurs beaux résultats et non leurs insuccès oubliant que ce sont ces cas douloureux qui instruisent et non l'exposé des opérations brillantes. Il croit que la maladie suivie de la terminaison fatale se serait produite même si on n'avait pas opéré.

Geoefrey Boyd croit que l'explication de Goldsmith est la bonne. Si l'opération avait été remise, il se serait développé une « amygdalite folliculaire » — et en réalité il y avait un début d'inflammation. Le choc opératoire aura favorisé la résorption des produits toxiques, la toxémie et la terminaison malheureuse.

Price Brown considère ce cas comme unique. Il n'en a pas lu de semblable dans les traités ou dans les relations cliniques. L'opération était parfaitement justifiée et malheureusement elle a été effectuée dans un moment défavorable. Il faudrait donner à ce cas la plus large publicité [1].

Femme de 30 ans porteuse d'une fistule frontale opératoire avec production de croûtes fétides dons le nez et déviation de la cloison, par Perry Smith. — La malade ayant eu la syphilis, un traitement spécifique amena la fermeture de la fistule. Les lavages avaient réduit la sécrétion nasale. Il restait une atrophie avec de la sécrétion provenant des sinus affectés.

J. P. Morton croit que, contrairement à l'opinion générale, l'atrophie que l'on rencontre dans une fosse nasale très large avec déviation du septum est la conséquence de la déviation ; comme c'est le cas de Smith, il croit que c'est bien là qu'il faut chercher. La syphilis est venue par-dessus le marché produire des lésions et les sinus se sont entrepris. Il conseille de continuer le traitement antisyphilitique et de ne toucher aux sinus que pour les laver.

Affection laryngée présentée pour diagnostic, par Perry Goldsmith. — Le poumon gauche est atteint de tuberculose ; le larynx paraît indemne à l'exception de la corde gauche qui est paralysée. A quoi est due cette paralysie ?

Geoffrey Boyd suggère l'idée d'examiner le malade aux rayons X. Il croit que la paralysie est due à une compression exercée par un ganglion du médiastin.

---

1. Il est regrettable que Wishart ne dise pas quel antiseptique il a employé ; il parle de narcose sans spécifier ; or, ce détail me paraît avoir une importance capitale. C.B.

Déviation prononcée de la cloison opérée et guérie, par Price Brown. — Homme de 30 ans, respirant par la bouche depuis l'enfance, porteur d'une incurvation vers la droite avec adhérence au cornet inférieur; hypertrophie compensatrice des cornets moyen et inférieur à gauche. Après avoir enlevé une partie du dernier pour permettre à la cloison de se remettre en place, P. B. fit l'opération en H, les incisions parallèles dans le sens horizontal. Dans cette opération les incisions sont faites obliquement à travers la muqueuse et le cartilage. Les segments glissent l'un sur l'autre et sont maintenus en place par une attelle en caoutchouc mou du côté de la convexité. L'attelle est restée en place pendant un mois, puis P. B. enleva la tête du cornet moyen gauche devenue kystique. Résultat superbe. Les deux faces de la cloison sont revêtues d'une belle muqueuse, le malade respire très bien des deux côtés. L'orateur proteste contre l'opération sous-muqueuse faite d'une façon inconsidérée.

Gibb Wishart n'a jamais fait l'opération en H; mais réellement dans ce cas, le résultat est probant.

M. Stewart croit que le résultat est beau actuellement, mais que la déviation se reproduira dans l'avenir. Il pratique toujours l'opération sous-muqueuse de Killian dont il n'a qu'à se louer chez les adultes.

Séance du 17 décembre 1908.

Le traitement de la suppuration chronique de l'antre d'Highmore, par G. R. Mac Donagh. — L'auteur condamne les opérations trop fréquentes. Les moyens conservateurs donnent de très bons résultats.

Gilbert Royce condamne la voie alvéolaire; l'ouverture large du méat inférieur avec le ciseau d'Ingals lui donne des résultats excellents dans la plupart des cas, l'ouverture ne doit pas être trop grande, l'air froid extérieur nuisant à la muqueuse de l'antre quand il entre trop directement.

Price Brown réserve la voie alvéolaire au cas d'origine dentaire, l'irrigation par cette voie amène d'habitude une guérison rapide.

Dans les cas où l'on soupçonne des polypes ou du tissu granuleux on procède à l'ouverture de la fosse canine suivie de curetage et de tamponnement à la gaze pendant 2 fois 24 heures; puis après il fait quelques lavages et tout rentre dans l'ordre. Jamais il n'a eu l'occasion de recourir à l'opération de Caldwell-Luc.

Geoffrey Boyd procède par le méat inférieur à des injections d'huile iodoformée.

VIII. — *SOCIÉTÉ BERLINOISE D'OTOLOGIE*

Président : Lucae.
Secrétaire des séances : Schwabach.
Compte rendu par A. Sonntag (de Berlin).
Traduction par Menier (de Figeac).
Séance du 4 décembre 1908.

Présentation d'instrument, par Wagener. — Cet instrument est destiné à arrêter les fortes hémorragies survenant après les amygdalotomies; c'est un instrument, saisissant latéralement et fixé à un manche de Krause et grâce auquel on peut placer des agrafes de Michel d'une forme un peu grosse et qui permettent d'arrêter l'hémorragie par compression.

Cysticercus racemosus de la base du crâne avec troubles auditifs, par Benda (en qualité d'invité) et Schwabach.—Une femme avait du vertige, de la céphalée du côté gauche et une forte surdité du même côté : tympan normal des deux côtés. Audition normale à droite pour la voix chuchotée ; à gauche presque égale à zéro. Il y avait stase papillaire, paralysie faciale gauche, légère dysarthrie, Weber latéralisé à l'oreille saine, pas de nystagmus.

La ponction lombaire fournit du liquide clair, sous pression. On diagnostiqua une tumeur de l'appareil percepteur, c'est-à-dire une tumeur du cervelet comprimant le nerf acoustique. A l'autopsie, on trouva comme cause un *cysticercus racemosus* de la base du crâne avec épaississement du facial et de l'acoustique.

Benda. J'ai autopsié le sujet et j'ai trouvé un cysticercus racemosus, forme du *cysticercus cellulosæ*, qui, d'après ce qu'a découvert Zenker se développe de préférence dans les méninges. Il lui faut assez de temps pour s'étendre. On pouvait déjà voir à l'œil nu qu'il pénétrait dans la moelle spinale et on pouvait le constater aussi microscopiquement dans la moelle. De même, il y avait quelques cysticerques dans le canal épendymaire. On trouvait aussi microscopiquement des cellules géantes par corps étranger, de sorte que l'état avait une certaine ressemblance avec la tuberculose ou la syphilis.

Tumeur du rocher ; paralysies multiples des nerfs craniens, par Bielchowsky (comme invité) et Schwabach.

Schwabach. Chez une femme, dont les tympans étaient normaux, et qui était atteinte de paralysie faciale, vertiges et vomissements, on diagnostiqua une tumeur ponto-cérébelleuse ou en tout cas une tumeur du nerf acoustique. Audition normale à droite ; surdité totale à gauche. Pas de nystagmus ; Weber du côté sain. A l'autopsie, on trouva une tumeur, ayant envahi tout le rocher gauche ; c'était un myxofibrome.

Bielchowsky présente sur des diapositifs les conditions anatomiques. Ce qui est important au point de vue du diagnostic différentiel, c'est l'extension de la paralysie des nerfs ; il n'y avait pas moins

de 8 nerfs craniens paralysés, ce qui s'expliquait par la compression exercée par la tumeur du rocher sur l'endroit de sortie des nerfs (trous de sortie). Dans le cas d'une tumeur de l'angle ponto-cérébelleux, les nerfs peuvent rester indemnes assez longtemps. Par contre, dans les tumeurs du rocher, la durée de la maladie est plus longue ; l'absence de symptômes cérébelleux, ataxie cérébelleuse et déviation conjuguée des yeux parlent en faveur de la tumeur du rocher.

Sturmann. J'ai examiné le larynx de cette femme et pu déterminer d'abord une paralysie des crico-aryténoïdiens postérieurs qui se transforma plus tard en paralysie récurrentielle totale.

Wagener. A-t-on recherché le nystagmus calorique ?

Schwabach. Non, car à l'époque où ce cas fut étudié (il y a trois ans) on ne faisait pas attention à ce symptôme.

Wagener. L'absence de nystagmus calorique est un symptôme très précoce des tumeurs de l'acoustique. Au point de vue du diagnostic différentiel, il ne faudrait pas accorder trop d'importance à la paralysie de nerfs nombreux, car la manière dont s'étendent les tumeurs du rocher est très variable. Le point de repère le plus certain est l'aspect du tympan, car, dans les tumeurs du rocher, il a presque toujours une suppuration chronique de l'oreille moyenne. Il faudrait aussi appeler la radiographie à son aide, parce qu'elle permet de diagnostiquer avec certitude les destructions de l'apophyse mastoïde.

Grabower. Pour les tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux, je partage l'opinion de Bielchowsky : dans celles-ci, en effet, il n'y a presque jamais de phénomènes paralytiques de nombreux nerfs craniens.

Wagener. Dans 9 cas de tumeurs du nerf acoustique trouvées dans la littérature j'ai toujours constaté la même image typique : stase papillaire ; limaçon mort ; absence de réaction vestibulaire ; atteinte du facial.

Bielchowsky. Je ne veux pas m'appesantir sur les divers symptômes. Je suis du reste de l'avis de l'orateur précédent en ce qui concerne la stase papillaire dans les tumeurs de l'acoustique et du cervelet.

Schwabach (conclusion). Dans notre cas, l'opinion de Wagener que, dans les tumeurs du rocher, il y a presque toujours otite moyenne suppurée chronique porte à faux, car ici les tympans étaient normaux.

Cas de gomme de la mastoïde et syphilis du plancher nasal. Présentation de malade, par Brunck.

Luxation de l'enclume, par Beyer.—Un sujet, après chute dans un escalier, présentait un écoulement d'oreille et un fort bourdonnement. Audition normale à droite ; à gauche : voix chuchotée entendue ras de l'oreille. Weber latéralisé à l'oreille malade ; Rinne négatif. Quand l'écoulement fut tari on put remarquer dans le seg-

ment postéro-supérieur une voussure, qui, au stylet, avait la consistance osseuse et ne pouvait être que l'enclume luxée. Passow enleva l'enclume, après décollement du conduit dans la narcose ; on vit que la grande branche était fracturée. Les bourdonnements cessèrent immédiatement après l'opération. Le malade entend maintenant la voix chuchotée à 3-4 mètres.

IX. — *ACADÉMIE MÉDICO-CHIRURGICALE ESPAGNOLE*

SECTION D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Séance du 7 décembre 1908.

Compte rendu par E. Botella (de Madrid).
Traduction par B. de Gorsse (de Luchon).

Echinocoque du sinus frontal, par Goyanes. — L'auteur présente un jeune homme de 23 ans, qui depuis l'âge de 10 ans, avait une grosseur de la région superciliaire droite qui ne l'avait pas fait souffrir jusqu'à il y a un an. A ce moment, il y eut des symptômes d'infection générale, la tumeur augmenta rapidement et devint molle et fluctuante. Elle fut ouverte par le médecin traitant et donna issue à une grande quantité de pus qui depuis lors n'a pas cessé de couler.

A l'examen, le malade présentait une fistule dans la région superciliaire droite, fistule donnant un pus très fétide et à travers laquelle le stylet pénétrait dans le sinus et touchait l'os dénudé. L'opération se réduisit à tailler un lambeau périostico-cutané rectangulaire d'environ 4 centimètres. On réséqua toute la paroi antérieure du sinus qui était énorme, de la grosseur d'un œuf de poule et qui était remplie par une masse informe qui, à l'analyse microscopique, décela la présence de crochets d'échinocoque, et de cristaux abondants de cholestérine. On essaya de sonder l'*infundibulum* qui était absent ou oblitéré.

Les particularités intéressantes du cas rapporté par G. sont : la localisation de l'échinocoque dans le sinus frontal, fait excessivement rare ; l'évolution lente du processus ; l'amplitude énorme du sinus aux dépens seulement de ses parois antérieure et postérieure et produite par un processus destructeur et formateur comme on en observe dans les sarcomes et les ostéomes ; enfin le réchauffement de la lésion qui a été dû à l'infection du kyste alors que l'échinocoque était déjà mort.

Cardenal, Cifuentes, Marquez et Arredondo ont émis des considérations sur le cas rapporté, citant des observations de localisations rares d'échinocoques.

Tapia dit n'avoir jamais vu de cas semblable ; il pense que l'infection a dû se faire par voie nasale ; le fait que, lors de l'exploration, il ne se voyait pas de pus dans le méat moyen, comme d'habitude, est à noter ; Tapia est d'avis qu'il fallait faire un Kunt-Luc, arriver jusqu'à l'infundibulum et faire un drainage par les voies naturelles.

Goyanes n'est pas du même avis que Tapia, car l'infundibulum était imperméable et la paroi antérieure du sinus était déjà ouverte, de telle façon que la tumeur se vidait par la région superciliaire, il est logique de penser que l'infection a dû se faire par voie cutanée.

Séance du 14 décembre.

Évolution anormale d'une otite moyenne, par Rueda. — L'auteur rapporte l'histoire suivante :

Homme de 28 ans, sans antécédents auriculaires. Cet homme a une otite aiguë grippale du côté droit ; paracentèse du tympan qui donne issue à une toute petite quantité de pus. Le lendemain, non seulement les douleurs ne sont pas calmées, mais encore elles s'irradient à la moitié correspondante de la tête ; il y a du torticolis, une otorrhée très abondante. On ne peut pas voir le tympan à cause d'une sténose en masse du conduit. Mastoïde douloureuse à la pression.

Première intervention. — Antrectomie. Antre normal, sans pus. La céphalalgie et le torticolis disparaissent, mais une suppuration très abondante persiste par la caisse.

Deuxième intervention. — Évidement complet tympano-mastoïdien ; caisse fongueuse ; sur le plancher, on rencontre une cellule hypo-tympanique au fond de laquelle on touche avec le stylet le golfe de la jugulaire ; on pense que c'est là le foyer de la suppuration et on fait en conséquence le diagnostic de périphlébite. Suture générale et drainage par le conduit. La suppuration continue avec la même intensité.

Deux mois après cette deuxième intervention, survient une paralysie faciale, avec labyrinthisme, nystagmus, céphalalgie. On fait le diagnostic de labyrinthite et en conséquence une troisième intervention est décidée. Le soir, apparaît le signe de Gradenigo (paralysie du moteur oculaire externe).

Troisième intervention. — Limaçon sain ; du conduit semi-circulaire externe sort, quand on le trépane, un liquide louche, puriforme; au niveau de l'aditus, on voit un point osseux noir que l'on trépane et on met à découvert le facial sain, sans signe de périnévrite. La paroi de la caisse étant reconnue, le stylet pénètre dans un trajet dont la direction est parallèle à l'axe du rocher et qui est si profond qu'il n'est indubitablement que l'exutoire d'un foyer intracranien. Une ponction lombaire donne un liquide trouble, en hypertension, qui contient une grande quantité de lymphocytes et des globules de pus. Le malade meurt le jour suivant de méningite.

Autopsie. — Temporal très pneumatique, présentant de nombreuses cellules dans sa portion pétreuse, surtout vers le vertex où en existait une grande qui communiquait avec un foyer extra-dural ; de plus, la base et le lobule pariétal étaient baignés de pus.

Il n'y a pas de doute que le foyer intracranien s'est formé dès les premiers moments ; ce fut la cause de l'abondance de cette suppu-

ration qui, à cause de son drainage facile, ne donna lieu à aucun symptôme méningitique jusqu'au moment où l'inflammation ou l'infection se propagea à la base du crâne.

Botella considère le cas comme un des plus intéressants et des plus démonstratifs du symptôme de Gradenigo ; l'examen *post mortem* a pu montrer la justesse de la théorie de Gradenigo.

La marche de la maladie a dû être : otite par infection bucco-pharyngée, propagation aux cellules péri-tubaires, de celles-ci au rocher, pachyméningite secondaire et enfin lepto-méningite. La pachyméningite n'a existé qu'à partir du moment où se présenta la paralysie du moteur oculaire externe qui fut sa conséquence naturelle et dut être limitée pendant quelque temps avant de se propager à la base du crâne, ce qui se fit seulement dans les derniers jours de la maladie.

Rueda répond, insistant, sur son avis qui est que la méningite a dû être précoce.

L'incision de Wilde en chirurgie auriculaire, par Irneste. — L'auteur pense que l'incision de Wilde a été injustement abandonnée. Elle a des indications de grande valeur, et, rationnellement appliquée, doit toujours donner d'excellents résultats.

Il cite, à l'appui de son opinion, les observations suivantes :

Observation I. — Petite fille de 9 ans, avec otorrhée depuis l'âge de cinq ans, végétations et hypertrophie des amygdales. On curette d'abord les premières, mais il survient une crise aiguë d'amygdalite et à la suite de celle-ci, des douleurs rétro-auriculaires et une tuméfaction diffuse avec sténose du conduit. Intervention : incision classique qui donne issue à un pus jaune, fétide ; os dénudé, mais sans perforation : *antre sain*. La guérison est obtenue sans accidents mais au bout de 40 jours ; tandis qu'elle fût survenue au bout de 15 jours si on avait fait la simple incision de Wilde.

Observation II. — Homme de 25 ans, avec otite aiguë grippale et formation d'un abcès rétro-auriculaire.

Sur les données de l'observation précédente, on fait simplement l'évacuation de l'abcès, on donne issue à une grande quantité de pus ; mais la suppuration persistant, on ouvre complètement, et on trouve la table externe perforée et l'antre plein de pus et de fongosités.

Observation III. — Femme de 50 ans, avec suppuration de l'oreille droite depuis quatre mois et, en dernier lieu, tuméfaction très volumineuse rétro-auriculaire.

Intervention : incision de Wilde, qui donne issue à une grande quantité de pus crémeux et fétide, on touche l'os dénudé, mais il n'y a pas de perforation. Guérison au bout de 15 jours.

Observation IV. — Petite fille de dix ans, avec otorrhée double depuis l'âge de cinq ans ; réchauffement à droite, à la suite d'une amygdalite et formation d'une tuméfaction considérable rétro-auriculaire.

Incision de Wilde : il n'y a pas de pus ; depuis le lendemain de

l'intervention, la suppuration reparaît par le conduit, et la sténose diminue ; instillation d'eau oxygénée, disparition des menaces mastoïdiennes et amélioration notable de l'otorrhée.

L'auteur pense que dans les mastoïdites chroniques suppurées et les mastoïdites suraiguës, l'évidement ou l'antrectomie sont nécessaires, mais que, dans les mastoïdites de moyenne intensité, l'incision de Wilde résout le problème.

Rueda estime que le problème a été résolu depuis déjà longtemps. Si les phénomènes antraux se limitent à de l'hyperémie, il est évident que l'incision de Wilde dominera la situation, par suite de la déplétion énergique qu'elle entraîne ; mais comme l'important est l'infection dont la congestion n'est qu'une conséquence, cet élément septique n'est influencé en rien par l'incision des téguments.

Morales dit que la plupart des mastoïdites aiguës cèdent aux moyens thérapeutiques médicaux ; quand ces derniers sont insuffisants, l'incision de Wilde elle-même est insuffisante.

Botella distingue trois sortes de processus rétro-auriculaires : ou le foyer est un abcès sous-périostique, et le pus de la caisse a décollé le périoste du conduit et de l'apophyse sans qu'il y ait lésion centrale ; ou l'abcès dépend d'une mastoïdite suppurée avec perforation de la table externe ; ou enfin il y a une véritable mastoïdite avec périostite. Dans le premier cas, l'incision de Wilde amène la guérison comme n'importe quelle autre incision, sans qu'elle ait d'influence sur le foyer d'origine ; dans le deuxième cas, il faut absolument perfectionner ce que la nature a fait elle-même à l'aveuglette ; dans le troisième cas, il est indispensable de faire l'antrectomie. Les succès obtenus avec l'incision de Wilde dans les mastoïdites aiguës peuvent être également obtenus avec des méthodes non sanglantes.

Irneste répond, et explique comment l'incision de Wilde, grâce à la déplétion active des vaisseaux péri-et intramastoïdiens, décongestionne la muqueuse de l'*aditus ad antrum* et lui permet de se drainer facilement par la caisse qui cesse alors souvent d'être une cavité close et cela facilite son antisepsie.

De plus, l'incision de Wilde est le seul moyen de différencier avec certitude un processus juxta-mastoïdien d'une mastoïdite vraie.

X. — *RÉUNION DE LA SOCIÉTÉ LARYNGOLOGIQUE ET OTOLOGIQUE DE CHICAGO*

Séance du 8 décembre 1908.

Président : A.-H. Andrews.

Compte rendu par Shambaugh.

Traduction par Labouré (d'Amiens).

Un cas de corps étranger de l'œsophage retiré par œsophagoscopie, par Herman Stolte. — Le corps étranger était un os en forme de coin mesurant un pouce et demi de long sur un demi-pouce de large. Il avait été avalé accidentellement en mangeant de la soupe.

Le corps étranger fut situé au moyen de l'œsophagoscope de Jackson, et ensuite enlevé au moyen de la pince de Killian, 24 heures après avoir été avalé. Ce corps avait causé un œdème accusé de l'œsophage, de l'enflure du cou et une odeur rappelant le sphacèle, qui était très étendu. La température avait monté à 103 degrés Fahrenheit, (39° 4 centigrade). Après l'ablation du corps étranger, les symptômes s'amendèrent rapidement.

J. Holinger rapporte le cas de la femme d'un de ses collègues qui avait souffert de mal de gorge. Elle avait été examinée par plusieurs neurologistes qui avaient rapporté à l'hystérie sa difficulté d'avaler et sa toux. Elle fut envoyée dans le midi où elle resta très peu de temps. Elle avait perdu considérablement en poids et était incapable de rien avaler. A l'examen de l'œsophage, on trouva qu'il était en fait obstrué. La tumeur avait perforé le larynx. A cette époque, le diagnostic n'offrait naturellement aucune difficulté. Si cet examen spécial avait été pratiqué trois mois plus tôt, il est possible qu'on aurait pu opérer la malade avec bénéfice.

F. Gurney Stubbs rapporte deux cas dans lesquels la valeur de l'œsophagoscopie fut mise en évidence. L'un a rapport à une femme de 53 ans qui avait de la peine à avaler. Il n'y avait ni lésion, ni enflure nulle part. Le laryngoscope ne révélait rien. L'œsophagoscope, toutefois, montra une muqueuse rouge et épaisse, avec des formations papillomateuses caractéristiques de carcinome, juste derrière l'entrée de l'œsophage, au niveau du cartilage cricoïde. Dans le second cas, il s'agissait d'un spasme de l'œsophage au niveau du cardia. La malade rendait toute nourriture depuis six ou huit semaines, était amaigrie et perdait rapidement en poids. On avait posé le diagnostic probable de carcinome. L'œsophagoscope, cependant, pénétra dans l'estomac sous l'anesthésie générale. On ne découvrit rien, sauf un petit repli. Il s'agissait d'un étranglement « sine materia ».

Stolte déclare qu'en introduisant l'œsophagoscope, il découvrit une longue ulcération de l'œsophage, décoloré et gangrené, produite, selon lui, en poussant le corps étranger en bas, dans les manœuvres exécutées précédemment par un médecin qui avait tenté d'introduire une bougie.

Pour introduire l'œsophagoscope, le patient doit être placé en position latérale, quoique la position assise soit préférable, si le malade est assis sur un tabouret bas, de manière que la tête puisse être rejetée en arrière. Exceptionnellement, il peut être nécessaire d'extraire une dent afin de faciliter l'introduction, et parfois l'introduction peut être tout à fait impossible, en cas, par exemple, de lordose.

Cas d'une otite moyenne suppurée, par Boot. — L'auteur rapporte le cas d'une otite moyenne suppurée chronique avec envahissement du labyrinthe, limité au vestibule dans une oreille et au limaçon dans l'autre. Cette lésion évolua chez une célibataire de 40 ans qui

fit une otite aiguë moyenne bilatérale, chez laquelle les deux mastoïdes furent trépanées à différentes époques pendant l'année qui suivit l'attaque aiguë. A ce moment-là, la malade se fit examiner par le Dr Boot; elle était très sourde de l'oreille gauche et dut recourir au tube acoustique pour cette consultation, et même ainsi, elle avait quelque difficulté à entendre. Elle semblait tout à fait sourde de l'oreille droite. En dépit de la suppression de la fonction limacienne, le seringuage de l'oreille droite droite avec de l'eau froide produisit un vertige très intense, en même temps qu'un nystagmus prononcé. Le seringuage de l'oreille gauche ne causa rien.

L'épreuve du diapason sur l'oreille droite fut négative. La même épreuve sur l'oreille gauche montra une absence de perception dans l'échelle zonale, au-dessous de 100 vibrations, et autour de 9^2 (256 vibrations), mais avec perception du sifflet de Edelmann-Galton, de 1 à 11.

La perception osseuse était très prolongée, le Rinne négatif et le Weber latéralisé à l'oreille gauche. Ces symptômes étaient l'indice, ou bien de la fixation de la platine de l'étrier, ou bien d'un obstacle à la pénétration des ondes sonores, par suite de tissu cicatriciel dans la fenêtre ovale.

L'auteur fait remarquer que les deux fenêtres sont des points possibles de pénétration de l'infection, partie de l'oreille moyenne, et que l'infection peut se limiter en certains cas au limaçon, dans d'autres au vestibule et aux canaux semi-circulaires. Il met aussi en relief le danger de suppuration du labyrinthe, quand les fenêtres sont disloquées au cours d'une intervention radicale, et le grand danger de perte de l'ouïe, si la seule oreille qui fonctionne est passible d'une intervention radicale.

G. Shambaugh. Jusque tout récemment, nous pensions que l'infection du labyrinthe en détruisait entièrement la fonction. Avec les méthodes plus perfectionnées d'interrogation des différentes parties du labyrinthe, nous sommes en état de préciser si l'infection purulente est circonscrite ou généralisée. Ce point a été mentionné dans la communication qui vient d'être faite et a été antérieurement suggéré par d'autres, à savoir qu'une lésion suppurative du vestibule du labyrinthe rencontre une grande difficulté à passer à travers le « *canalis reuniens* » et qu'alors il arrive fréquemment que le limaçon échappe à l'infection. Il est possible que l'infection du vestibule se localise et qu'ainsi le limaçon soit indemne, mais je crois fermement que ceci est dû à la difficulté que rencontre l'infection à passer à travers l'étroit « *canalis reuniens* » de Hensen qui réunit le saccule au limaçon. Une infection purulente qui, du tympan gagne le vestibule, infecte d'abord tous les espaces périlymphatiques. La communication entre l'espace périlymphatique et le limaçon, par l'ouverture du vestibule du limaçon, est très large et il n'y a aucune nécessité de supposer que l'infection doive d'abord gagner les membranes labyrinthiques et de là s'étendre par le « *canalis reuniens* » au limaçon.

Quand la fonction du colimaçon est détruite par l'infection purulente qui envahit d'abord le vestibule, cette destruction progresse, je crois, grâce à l'infection qui passe du vestibule à travers l'orifice de communication vestibulaire du limaçon, sur les marches du vestibule, et ensuite dans le vestibule membraneux, à travers la délicate membrane de Reissner.

Si nos observations cliniques sont exactes, à savoir que l'infection du vestibule est fréquemment limitée à cette partie du vestibule, ceci pourrait être aisément expliqué par un travail d'enkystement plastique, limitant l'ouverture du vestibule du limacon. Aussi est-il sage d'engager vivement les patients à accepter l'opération dont dépend leur audition. Je ne pense pas qu'il puisse y avoir divergence d'opinion à ce sujet. Dans ces circonstances, le malade serait dissuadé de se faire opérer, à moins de menaces de complications sérieuses. Dans un cas semblable, la présence de cholestéatome justifie hardiment l'évidement total. Nous ne devons jamais perdre de vue que, toutes les fois que d'une intervention peut dépendre la bonne audition d'un malade, nous devons risquer d'altérer plus ou moins la fonction.

Norval H. Pierce. Le point principal mis en relief dans la communication qui vient d'être lue a rapport à ce fait que la suppuration du labyrinthe tend à s'encapsuler. Il est très important d'avoir bien présent à l'esprit ces données, à présent surtout que les opérations sur le labyrinthe deviennent plus fréquentes, au moins dans ce pays, si on en juge par le nombre de communications qui ont eu lieu à ce sujet dans la littérature américaine. Cette tendance à l'encapsulation semble particulièrement vraie pour les inflammations suppurées, mais moins pour le cholestéatome : ce dernier tend à envahir progressivement les cavités du labyrinthe. Cette limitation de l'inflammation, par une barrière protectrice, c'est tout ce que nous faisons par une opération, et une opération prématurée aboutirait à la suppression d'une barrière que la nature est en train de préparer. La mortalité consécutive à ces opérations est d'environ 45 %. Cette proportion augmentera vraisemblablement à mesure que nous opérerons plus sur le labyrinthe.

Avant de procéder à une intervention pour suppuration du labyrinthe, nous devons considérer que la nature est capable de faire plus par elle-même que nous par notre intervention.

A. H. Andrews a présenté quelques notes préliminaires sur la conductibilité osseuse. Il trouve que quand le manche du diapason vient à toucher l'oreille dans l'épreuve de conductibilité osseuse, l'audition augmente en moyenne de 25 %. Quand le diapason est placé sur la mastoïde immédiatement après avoir été frappé, il cesse de vibrer plus tôt que si on le laisse vibrer un instant à l'air. Quand il est tenu fermement entre les doigts, il ne vibre pas aussi longtemps dans l'air ou maintenu au contact de l'os que quand il est tenu légèrement et quand il est suspendu avec une ficelle passée entre es branches, il peut être entendu plus de deux fois plus longtemps que quand il est tenu à la main.

Les épreuves rapportées sont le résultat d'un examen de dix individus aux oreilles normales et sont recherchées avec un diapason C^2.

Holinger a remarqué que la plus grande partie de ces expériences trouvent leur explication dans la théorie sur la vibration des diapasons. (Ici le Dr Holinger a fourni sur le tableau noir une explication à ses remarques.) La vibration des branches, comme l'a démontré Edelmann, conditionne la position variable du manche. Quand les branches s'éloignent, le manche se rapproche. Au contraire, quand les branches se rapprochent, le manche s'éloigne. De là résulte qu'une interférence dans les oscillations du manche se communique également aux branches pendant la vibration.

F. Gurney Stubbs. — Le Dr Andrews mentionne que, dans une expérience, il a enlevé de la tête le diapason, et que quand il l'a replacé les vibrations étaient de nouveau perceptibles par le patient. Hammerschlag et Gradenigo ont établi que ce phénomène est dû à un état de fatigue dû à l'hystérie. Mon expérience confirme pleinement cette conclusion.

J'ai vu ce symptôme chez des malades non hystériques. Beaucoup d'otologistes ont noté ce signe et je pense qu'ils conviendront que ce signe a peu de valeur au point de vue diagnostique.

Certains malades sont incapables de fixer leur attention.

G.-W. Boot. Deux points dans cette relation sont dignes de remarque, l'un que dans l'épreuve de conductibilité il faut laisser reposer le diapason sur le vertex sans pression. Il faut une très faible pression pour provoquer la conductibilité du son, comme pour la prolonger considérablement. Dans la collection de diapasons de Hartmann, les C^2 et C^3 sont presque sans valeur pour déterminer la perception de la hauteur, à cause de leur tonalité trop élevée.

Andrews. J'ai souvent noté le phénomène mentionné par le Dr Stubbs sur des personnes en apparence bien portantes, mais toujours quand je me servais de diapasons qui cessaient de vibrer très lentement. J'ai des diapasons avec lesquels je ne suis jamais capable d'obtenir un son qui dure plus de 10 à 15 secondes.

D'autres diapasons, quand ils sont tenus avec les doigts, vibreront l'un une minute et l'autre vibrera deux minutes. En usant de ce dernier, les malades semblent se fatiguer du son et le perdent pour le réentendre seulement quand le diapason est à nouveau replacé.

On fait pour entendre un effort volontaire et involontaire comme pour voir. Il y a apparemment quelque chose dans l'oreille qui correspond très étroitement à l'accommodation dans l'œil. Le fait que les diapasons C^2 et C^3 de la collection de Hartmann sont sans valeur dans les épreuves d'audition, à cause de leur haute tonalité, ne s'applique pas aux autres séries.

Cas de calculs du nez, par Stanton Friedberg. — Ce cas concerne un homme de 27 ans, du nez de qui il enleva un rhinolithe de 1 pouce 3/8 de long et presque un demi-pouce de large, pesant 90

grains. Le patient avait eu le nez cassé il y a 16 ans. Peu de temps après il découvrit dans le nez un corps étranger mobile, qui pouvait exceptionnellement être senti avec le doigt.

On n'avait pas fait l'analyse chimique du rhinolithe.

William Ballenger rapporte que, il y a plusieurs années, un malade lui avait été adressé, dont le nez émanait une odeur nauséabonde. Il enleva un calcul, dont le noyau était constitué avec une pièce de fer qui était l'aiguille de la culasse d'un fusil. En tirant un coup de feu, il y a 30 ans, le canon explosa, lui détruisant l'œil gauche.

Joseph C. Beck rapporte qu'il a paru récemment dans la littérature anglaise un article sur le diagnostic des rhinolithes par la radiographie, avec des épreuves faites avant et après leur ablation.

Les rhinolithes à base de sels de chaux paraissent avoir leur origine dans une nécrose locale qui semble être multiloculaire.

Il a eu plusieurs cas dans lesquels, après examen chimique, les rhinolithes se sont révélés à base de magnésie.

Friedberg. L'histoire du traumatisme semble indiquer que la masse trouvée dans le nez peut bien être un séquestre. Il y a 15 ans, il a pu saisir l'extrémité du calcul et le mobiliser en avant et en arrière, mais n'a jamais réussi à l'extraire. La radiographie montre très bien le profil de la pierre.

Préparation anatomique montrant une absence congénitale du sinus latéral, par G.-E. Shambaugh. — De toutes les variations anatomiques qu'on trouve dans les canaux veineux de la région de l'os temporal, l'absence congénital du sinus latéral est une des plus intéressantes. Cela ne veut pas dire que ce soit fréquent, et quoique occasionnellement une préparation de cette sorte soit découverte, il semble bien qu'on ne puisse pas déterminer auparavant l'existence d'une semblable anomalie. La présence de cette anomalie d'un côté nécessite, naturellement, le drainage du sang veineux de la tête en grande partie par le côté opposé. Un cas d'opération sur le sinus latéral, la ligature de la jugulaire, avec absence congénitale du sinus du côté opposé, constituerait une sérieuse complication.

Herman Stolte, dans la discussion, établit qu'il a une fois rencontré un spécimen de temporal enlevé à un sujet qui avait toujours eu des bourdonnements terribles d'oreille et qui, incidemment, s'était suicidé.

Sur la pièce, on voyait le sinus placé si haut qu'il affrontait presque la crête supérieure de l'os pétreux.

William L. Ballenger. J'ai une pièce montrant exactement la même anomalie que celle du Dr Stolte. Je ne sais pas si l'individu souffrait de bruits subjectifs.

A.-H. Andrews. Je voudrais demander au Dr Shambaugh s'il a fait un examen de la distribution des veines du cou.

W. H. Pierce. L'hypothèse émise tout à l'heure, de la ligature de la jugulaire d'un côté, avec coïncidence d'absence de sinus latéral de l'autre côté, s'est déjà vérifiée, causant la mort du patient.

G. E. Shambaugh. En réponse au Dr Andrews, il dit qu'il a seulement prélevé les temporaux sans les parties voisines, et qu'alors il ne peut dire quelle était la distribution des veines du cou.

XI. — *SOCIÈTÉ D'OTO-LARYNGOLOGIE DE MUNICH*

Séance du 11 janvier 1909.

Compte rendu par Léon Delmas (de Paris).

Sur l'obstruction de la fenêtre ronde et ses conséquences, par Herzog. — L'auteur a fait de nombreuses recherches dans le but d'analyser la conduction des sons dans le labyrinthe et surtout dans celui d'apporter des éclaircissements sur la fonction physiologique de la membrane de la fenêtre ronde. Il a fait ses expériences selon la méthode manométrique préconisée par Politzer et mise en évidence par Bezold ; mais les résultats obtenus semblent être contraires à la théorie de la conduction des sons par la fenêtre ronde. Les expériences faites par Siebenmann, prouveraient que, par le tamponnement de la loge de la fenêtre ronde, on provoquerait une amélioration considérable de l'audition, en même temps que la limite extrême des sons serait élargie d'une façon étonnante. Les expériences, plus récentes, de Blau ne sont que la continuation de celles de Siebenmann ; celles-ci portèrent sur des animaux (en particulier, des chiens et des chats) ; et par le plombage de la fenêtre ronde avec du mastic, il obtint une occlusion complète et permanente de cet organe. Or, les signes cliniques observés et l'analyse histologique des processus inflammatoires recueillis au niveau du labyrinthe permettent d'affirmer, avec la plus grande vraisemblance, qu'une occlusion persistante de la fenêtre ronde (par un corps étranger par exemple), provoque l'apparition de lésions inflammatoires du labyrinthe.

Herzog a repris les expériences de Blau, dans le but d'étudier l'évolution de la labyrinthite et il aboutit aux mêmes conclusions. Il présente : 1° les animaux qui lui servirent de sujets d'expériences ; ce sont des chats qui furent opérés d'un seul côté et qui présentèrent des troubles graves ; 2° des préparations histologiques. L'une de ces préparations représente une coupe dans laquelle la fenêtre ronde fut obstruée avec une bouillie composée de mastic et de teinture d'iode ; l'animal fut sacrifié vingt-quatre heures après l'apparition des premiers troubles (soit 48 heures après l'opération).

Sous le microscope, on voit que la membrane de la fenêtre ronde est restée intacte ; à l'intérieur du labyrinthe, il existe un processus inflammatoire très net : dilatation des vaisseaux qui sont gorgés de sang, desquamation du revêtement endothélial tapissant les parois du labyrinthe et formant comme un collier de perles. Une seconde

préparation provient d'un animal sur lequel on fit un traumatisme de la fenêtre ronde avec un fil stérile, suivie d'une obstruction de sa loge à l'aide d'un mélange de mastic et de teinture d'iode.

L'animal fut sacrifié 32 jours après l'opération : on trouva l'existence de tissu conjonctif néoformé dans le cul-de-sac vestibulaire, de la lymphe ayant transsudé à travers les parois du labyrinthe ; des hémorragies étendues surtout au niveau de la pointe du limaçon et une dilatation considérable du canal cochléaire.

Sur un cas d'actinomycose parapharyngienne, par Hoffmann. — Présentation de malades.

Séance du 15 janvier 1909.

Sur les rapports existant entre le nez et les tumeurs thyroïdiennes molles et les manifestations de la maladie de Basedow, par Hoffmann. — Après des cautérisations au galvano-cautère du cornet inférieur (le plus souvent normal), on voit parfois des tumeurs thyroïdiennes molles rétrocéder d'environ deux centimètres. Dans un cas de maladie de Basedow, l'auteur vit d'abord l'exophtalmie disparaître d'un côté, puis bientôt de l'autre côté. En même temps, les tumeurs diminuèrent de volume de quatre centimètres et demi environ. L'auteur essaie d'expliquer le phénomène de la façon suivante : la glande thyroïde, qui est l'antagoniste des capsules surrénales, exerce, par sa fonction sécrétrice, une action déprimante sur la musculature des vaisseaux ; par la voie nerveuse, au contraire, elle exerce une action tonique sur les fibres musculaires lisses extra-vasculaires, notamment sur celles de la tête.

XII. — *SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE DE LONDRES*

SECTION DE LARYNGOLOGIE

Séance du 6 novembre 1908.

Président : Dundas-Grant.

Compte rendu par A. Raoult (de Nancy).

Épithélioma extrinsèque du larynx et de l'hypo-pharynx chez une femme de 41 ans, par Dundas-Grant. — La malade a de la gêne de la déglutition depuis 11 mois. A l'examen laryngoscopique, on aperçoit sur la paroi postérieure du pharynx, juste au-dessus des replis ary-épiglottiques une saillie irrégulière de couleur sombre, à bords légèrement renversés. Quand le larynx fut attiré en avant pour l'hypo-pharyngostomie, on put voir que cette saillie était le bord supérieur d'une ulcération s'étendant à la paroi postérieure du repli ary-épiglottique gauche. On pouvait à peine passer une petite sonde œsophagienne dans la fosse piriforme gauche. L'examen histologique d'une portion enlevée à la tumeur montra qu'il s'agissait d'un épithélioma typique. On donna à la malade des palliatifs : inhalations d'anesthésine et applications de menthol et de gaïacol, ce qui lui permit d'avaler quelques aliments.

Kyste thyro-lingual chez un enfant de 14 ans, par Dundas-Grant. — La fistule ouverte au-dessus du manche sternal était entourée d'une zone cicatricielle. La corde s'étendait en haut vers l'os hyoïde derrière lequel elle disparaissait. Une sonde très fine ne pouvait entrer que d'une longueur de 3/4 de pouce. La corde fut disséquée, et la partie supérieure cautérisée au galvano-cautère. La réunion n'eut pas lieu par première intention à la partie inférieure de la plaie opératoire.

Épithélioma de la corde vocale gauche; thyrotomie; récidive; extirpation de la moitié gauche du larynx; guérison, par Félix Semon. — Le malade, âgé de 49 ans, avait été soigné pendant assez longtemps pour tuberculose pulmonaire et laryngée. En 1905 seulement, on diagnostiqua la nature maligne de l'affection. A cette époque, la corde gauche était complètement réduite à une masse infiltrée, rouge, présentant des petites saillies blanches. La moitié gauche du larynx, sauf le cartilage aryténoïde, était immobile. On effectua la thyrotomie le 11 décembre 1905; on cureta la corde gauche recouverte par ulcération nue superficielle et on enleva une masse blanc jaunâtre. Il n'y avait pas de ganglions hypertrophiés. Il s'agissait d'un épithélioma pavimenteux.

Au mois de février 1906, réapparut sur la corde gauche, une masse qui fut enlevée; il s'agissait d'une granulation simple. Néanmoins, cette masse réapparut à nouveau et prit les caractères d'une récidive de l'épithélioma.

Le 16 octobre 1906, le larynx fut ouvert à nouveau et l'on enleva la partie gauche du thyroïde, excepté sa partie supérieure. L'hémorragie fut assez abondante et fut arrêtée par l'application du thermo-cautère.

Les parties molles de la portion gauche du larynx furent suturées aux muscles voisins de façon à empêcher la sténose sous-glottique. La portion restante de la partie gauche du thyroïde fut fixée au côté droit. Le tube de Hahn fut remplacé par un tube trachéal ordinaire.

Le malade a bien guéri et il peut se faire comprendre, la voix étant réapparue en partie, mais il existe un certain stridor.

Au mois de juillet 1908, la voix est bonne, la moitié gauche du larynx est remplacée par un sillon immobile rouge.

Cas pour diagnostic (?). Fibrome du cou et du larynx ou tumeur maligne du larynx avec hypertrophie des ganglions du cou, par Félix Semon. — Le malade, âgé de 45 ans, avait une tumeur du plancher de la bouche, du côté gauche qui fut enlevée par W. Watson Cheyne, en même temps que plusieurs ganglions; l'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un épithélioma typique.

Récemment, il se plaignit de raideur et de sécheresse de la gorge. L'auteur constata la présence d'une tumeur volumineuse occupant la partie gauche du cartilage aryténoïde et le repli ary-épiglottique,

et masquant la plus grande partie du larynx. Cette masse est un peu irrégulière, semble dense et élastique et n'est pas ulcérée; elle subit un mouvement de dedans en dehors, au moment de la phonation. Malgré sa présence la voix est normale. Derrière le sterno-mastoïdien est une masse du volume d'une mandarine, masse mobile, non douloureuse au toucher, non adhérente à la peau. Il existe plusieurs ganglions. Le malade éprouve une peine très légère à la déglutition. Il a été soumis à un traitement ioduré et la tumeur laryngée a diminué, et on peut voir plus facilement l'intérieur du larynx.

Infiltration inter-aryténoïdienne et sous-glottique datant de 15 mois, avec gêne de la respiration ayant nécessité la trachéotomie, par Herbert Tilley. — Le malade a été trachéotomisé à cause de la gêne respiratoire. A l'examen, on avait constaté que la glotte était comblée par une masse de forme pyramidale, non ulcérée, partant de la face antérieure de l'aryténoïde droit. On apercevait aussi une tuméfaction molle, arrondie au-dessus de la commissure antérieure. Les deux cordes se contractaient librement, mais la droite était congestionnée et son bord était irrégulier et gonflé. Le traitement ioduré semble avoir un peu diminué les tuméfactions.

Tumeur maligne du sinus maxillaire droit, envahissant la paroi externe du nez et la joue, par Charles A. Parker. — Le malade, âgé de 68 ans, eut des épistaxis répétées avec écoulement nasal purulent entre les reprises depuis 14 mois.

L'obstruction nasale a été peu marquée. Une masse se développa au-dessous de l'œil, il y a trois mois. A l'examen on trouva une masse dure quoique friable insérée à la paroi externe de la fosse nasale et remplissant le méat moyen. Par la rhinoscopie postérieure, on la voyait au niveau de la partie supéro-externe de la choane. A la diaphanoscopie, le sinus droit était complètement sombre. Il existait une petite fistule dans la bouche à la partie externe du bord alvéolaire, fistule par laquelle une sonde enfoncée dans le sinus dénotait la présence d'une masse à la partie supéro-externe de cette cavité. Il existait une infiltration des tissus mous au-dessous du tiers interne du rebord sous-orbitaire.

Une portion de la tumeur fut enlevée et examinée microscopiquement. Cet examen montra qu'il s'agissait d'une tumeur maligne. L'auteur doute qu'on puisse enlever complètement toute la tumeur, en raison de sa distribution ; et l'âge du malade est une contre-indication.

Lymphagite cervicale suppurée et épithélioma de l'épiglotte, par Peter H. Abercrombie. — Le malade a été présenté à la Société en janvier 1907, puis en février et en novembre. L'auteur a enlevé à plusieurs reprises des ganglions engorgés.

Au mois de mai 1908 une tumeur se forma au côté droit du cou.

A ce niveau, la peau s'enflamma et se perfora. En ce point, se produisirent des hémorragies répétées qui entraînèrent la mort du malade.

La lésion de l'épiglotte n'avait pas récidivé.

Perforation du voile du palais consécutive à une violente attaque de scarlatine dans l'enfance, par Peter H. Abercrombie. — Le malade est âgé de 35 ans. Il aurait eu au cours de la scarlatine, à 4 ans 1/2, « des abcès dans la gorge et dans l'oreille droite ». A la suite de l'abcès de l'oreille, il a eu une mastoïdite qui s'est ouverte et a guéri spontanément après l'issue d'un fragment osseux par la plaie. Dans la suite, on s'aperçut qu'il parlait mal et on constata la présence d'une perforation du voile du palais. Cette perforation est unilatérale au niveau du pilier postérieur. On ne trouve aucune autre cause de cette perforation que la scarlatine.

Vertige laryngé dans un cas de tabes précoce, par Saint-Clair Thomson. — Le malade se plaignait de crises d'étranglement avec sensation de suffocation à la suite desquelles il tombait insensible. Il avait eu douze attaques semblables depuis 18 mois. Il a remarqué que sa marche est incertaine dans l'obscurité et qu'il lance ses jambes quand il court. Il a eu des douleurs lancinantes dans les jambes. Il n'a pas remarqué de troubles de sa voix et il peut chanter. Il a eu la syphilis il y a 17 à 18 ans et s'est bien soigné pendant un an. Il présente le signe de Romberg ; les pupilles sont irrégulières, il présente aussi le signe d'Argyll-Robertson ; les réflexes patellaires manquent. La corde vocale est dans une position cadavérique, et cependant la voix est claire. Il n'existe pas de signes d'anévrisme de l'aorte.

Fracture étendue des parois des sinus frontaux, par J. Gay French. — Le malade, âgé de 64 ans, reçut un coup sur le front et sur l'avant-bras gauche. Il eut une fracture des deux os de l'avant-bras et une plaie de 3 pouces de long au niveau du front avec une forte dépression des os frontaux. La pupille gauche était plus étroite que la droite. Il y eut écoulement de sang par le nez et des vomissements de sang. Bientôt il présenta de la cécité et du délire. Sous l'anesthésie générale, la plaie du front fut agrandie ; on trouva les parois des deux sinus frontaux fracturées. La paroi postérieure du sinus gauche était fracturée et la dure-mère était à nu. La cloison intersinusale était complètement fracturée. La région fut nettoyée, les esquilles osseuses furent enlevées et la plaie cutanée fut fermée après drainage. Le malade a parfaitement guéri.

Occlusion congénitale de l'orifice postérieur de la fosse nasale droite, par Harold Barwell. — La malade, âgée de 25 ans, présente une déviation de la cloison nasale empêchant l'examen des parties profondes des fosses nasales. Par la rhinoscopie postérieure, on voit

la choane droite fermée par une cloison; à la partie supérieure de celle-ci est une saillie en croissant recouvrant une petite dépression et peut-être un petit orifice.

Epithélioma primitif sur la paroi postérieure du pharynx, et envahissant secondairement l'œsophage et le larynx, par William Hill. — Le malade, âgé de 39 ans, a été trachéotomisé et gastrotomisé il y a six et sept semaines. Lorsque le malade fut examiné, la tumeur avait le volume d'un œuf de pigeon et faisait saillie dans le vestibule laryngé.

Tuberculose du larynx, par Dan Mackenzie. — Le malade, âgé de 51 ans, a été présenté à la Société au mois de juin ; on avait soupçonné une affection maligne. Depuis, la lésion a pris nettement l'aspect de la tuberculose laryngée. Des fragments ont été enlevés et ont montré les caractères de cette affection au microscope. Au sommet du poumon droit, on entend des râles crépitants.

Epistaxis récidivant (épithélioma alvéolaire), par Stuart Low. — Une tumeur existe au niveau du cornet moyen ; on observe de la tuméfaction de la base du nez jusqu'à la région orbitaire droite. L'examen histologique de la tumeur nasale a été pratiqué par Wingrave.

Rhinosclérome chez une femme, par W. Stuart Low. — L'affection dure depuis huit mois et présente un aspect typique. L'auteur a obtenu des cultures de bacilles afin de préparer un vaccin pour le traitement de cette malade.

L'examen histologique a été pratiqué par Wingrave. La lésion consiste en granulations subissant la transformation fibreuse, et formées de lymphocytes contenant des traînées de cellules épithélioïdes avec un stroma fibreux. Il n'existe pas de corps hylaoïdes. On a trouvé des diplobacilles colorés par le Gram et non encapsulés, mais pas de bacilles de Koch.

Déviation de la cloison nasale produisant une occlusion complète de la fosse nasale droite, par G.-C. Cathcart.

Lupus érythémateux avec lésion de la muqueuse du palais et de la bouche, par H. Lambert Lack. — La malade, âgée de 40 ans, présente un lupus érythémateux de la face datant de 10 à 12 ans. Il existe sur la muqueuse à l'union du voile et du palais une petite lésion ressemblant à du lupus; il en existe une autre à la partie interne de la joue droite.

Néoplasme laryngé ; coupes histologiques, par W. Jobson Horne. — La malade, âgée de 64 ans, a été atteinte de toux puis d'aphonie. Il existe une tumeur au niveau du tiers postérieur du larynx, au-des-

sus de la corde vocale, entre la bandelette ventriculaire et la région aryténoïde. Elle semble sortir du ventricule et a une apparence mûriforme. Les cordes se meuvent facilement. Une portion de la tumeur a été enlevée ; il s'agit d'un papillome.

Œdème angio-neurotique chez un homme âgé de 48 ans, par Charles A. Parker. — Le malade se plaint de tuméfactions passagères survenant au niveau de la peau ou sur les muqueuses des voies respiratoires supérieures et de la bouche. Ces troubles apparaissent surtout le matin et disparaissent dans l'après-midi. Il a eu parfois de la gêne respiratoire avec obstruction laryngée. Ces tuméfactions sont rouges, d'apparence œdémateuse.

Ablation de la moitié du larynx pour un cancer volumineux de l'aryténoïde, par Arthur Evans. — A l'examen, on voyait une tumeur volumineuse recouvrant complètement l'entrée du larynx; on ne pouvait pas se rendre compte de ses connexions.

Le malade fut opéré le 8 octobre. Une incision fut faite depuis la partie supérieure du thyroïde jusqu'au sternum, la trachée fut ouverte et la canule de Hahn mise en place. Le cartilage thyroïde fut sectionné. La corde droite était rouge, épaissie; cet épaississement s'étendait à tout le côté droit du larynx.

Au-dessus, on sentait la tumeur adhérente à l'aryténoïde droit. Une incision fut pratiquée de l'extrémité supérieure de l'incision verticale se dirigeant à droite en longeant l'os hyoïde; la moitié droite du larynx fut enlevée, en disséquant les parties molles et en sectionnant l'intervalle entre les aryténoïdes. L'incision transversale fut suturée ainsi que l'incision verticale au-dessous du milieu du cartilage thyroïde, le reste fut laissé ouvert et tamponné avec de la gaze iodoformée. Le tube de Hahn fut laissé en place. Le malade semblait aller bien les premiers jours, mais il fut atteint de pneumonie et mourut le 15 octobre.

Cas pour diagnostic, par G. Nixon Biggs. — Le malade est atteint d'enrouement depuis huit semaines. Il a déjà présenté ce symptôme il y a un an et demi, il guérit sous l'influence du traitement. Il a eu la syphilis il y a 13 ans. Il existe actuellement une masse volumineuse au niveau de la bandelette ventriculaire droite recouvrant la corde. Cette masse est molle, on n'y aperçoit pas d'ulcération ; la corde gauche est rouge et la bandelette gauche est un peu gonflée. La région aryténoïdienne est gonflée, l'épiglotte est épaissie. On ne trouve aucun signe de tuberculose pulmonaire. Le malade présente actuellement des signes d'empoisonnement par le mercure ; il a été soumis au traitement ioduré, mais il n'y a pas d'amélioration notable. L'auteur se propose d'enlever une portion de la tumeur pour examen histologique.

XIII. — *ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE ESPAGNOLE*

Séance du 6 février 1909.

Compte rendu par E. Botella (de Madrid).
Traduction par B. de Gorsse (de Luchon).

Sifflet en roseau dans la bronche gauche, par Botella. — L'auteur, après avoir salué ses anciens maîtres, remercie d'avoir été nommé membre correspondant de l'Académie, et présente le cas d'un sifflet en roseau logé dans la bronche gauche et extrait par bronchoscopie. Ce cas sera publié *in extenso*.

Espina dit qu'en effet ce cas est très intéressant, car le diagnostic présentait de grandes difficultés ; comme il s'agissait d'un corps étranger de nature végétale, la radiographie ne pouvait donner de renseignements, et les signes physiques étaient très difficiles à apprécier car il n'y avait pas de réaction inflammatoire et le corps étranger était perméable à l'air. On devait donc se contenter de l'auscultation bronchiale qui est très délicate en raison de ses variations. De plus les symptômes réflexes étaient absents.

Ribera prie Botella de préciser les régions sur lesquelles il s'est basé pour faire l'exploration bronchoscopique, étant donné que les symptômes étaient si obscurs qu'ils ne permettaient pas de localiser le corps étranger, et qu'on ne pouvait qu'examiner les deux côtés ; qu'est-ce qui justifiait cette trachéotomie exploratrice, puisque le diagnostic n'était pas sûr? La trachéotomie, en effet, est une opération d'une certaine gravité et qu'il estime ne devoir pas être pratiquée dans les cas douteux.

Decref reparle du cas cité par Botella et dans lequel il eut à intervenir. Un enfant avait aspiré un cache-pointe de crayon et un parent pour ne pas effrayer la famille en avait mis un semblable dans le crachoir. La famille s'était tranquillisée, pensant que l'expulsion du corps étranger avait eu lieu spontanément ; mais, peu de temps après, l'enfant avait commencé à présenter des symptômes de réaction et on avait diagnostiqué une tuberculose. Le docteur Villa qui vit le petit malade à l'âge de deux ans, l'envoya au docteur Decref qui prouva la présence du cache-pointe à la base du poumon par un examen radiographique. Une pneumotomie fut faite par Villa qui ne put retrouver le corps étranger, et l'enfant mourut au bout de deux mois.

Decref croit qu'une exploration bien faite eût accusé à temps la présence du corps étranger qui aurait pu être enlevé par bronchoscopie, et le malade aurait été sauvé.

Il considère le cas de Botella comme très intéressant ; il y applaudit et recommande de ne jamais séparer l'exploration clinique de la radiographie ; il ne faut donner qu'une valeur relative aux renseignements fournis par le malade.

Briz cite le cas d'un malade qui entre dans son service pour une affection pulmonaire indéterminée et qui, au bout de quelques heures, rejeta dans une vomique un morceau de haricot ; l'acci-

dent, d'après les renseignements recueillis, devrait avoir eu lieu deux mois auparavant ; le malade n'y avait pas attaché d'importance parce qu'il ne s'était produit aucun trouble à cette époque. Le malade y mourut, peu de jours après la vomique de septicémie aiguë, et Briz pense que si, au début, on avait fait une bronchoscopie, une issue funeste aurait été évitée.

Espina dit que la bronchoscopie étant un procédé d'exploration il faut toujours la faire et, dans les cas de corps étranger, elle est justifiée, même par trachéotomie.

Botella, pour répondre à la demande de Ribera, dit qu'il n'est pas douteux que, pour tenter une exploration bronchoscopique, il ne suffit pas de savoir qu'un corps étranger a été aspiré ; il faut encore qu'il y ait des symptômes qui accusent son existence. Il est bien certain que, dans le cas actuel, les signes classiques faisaient défaut ; mais de l'ensemble de ceux que présentaient le malade, on pouvait obtenir, sinon la localisation précise, du moins l'assurance de son existence.

Voilà un enfant qui, en pleine santé, *alors qu'il n'avait jamais toussé auparavant*, aspire un sifflet qu'il tenait dans la bouche, le médecin qui l'ausculte peu de temps après l'accident perçoit le bruit du sifflet ; le malade présente depuis lors de la toux et a des bruits de frottements d'un côté ; c'étaient là des faits suffisants pour justifier l'exploration avec ou sans trachéotomie. De plus, la trachéotomie faite avec les précautions aseptiques habituelles n'est pas une chose grave ; la gravité de cette opération découle du mauvais état des individus chez lesquels on a l'habitude de la pratiquer, et, dans les cas des corps étrangers, cette gravité est nulle ; et quand bien même elle existerait, ne fait-on pas des ponctions ou des laparatomies exploratrices ?

Il faut, de plus, tenir compte de ce fait, que, dans des cas nombreux de corps étranger de l'arbre respiratoire, après une protestation énergique, survient une période de calme trompeur, et que si on se fie à ce dernier et qu'on ne fasse pas l'exploration, les conséquences peuvent être funestes.

Maestre a rapporté à l'auteur un cas très instructif ; une petite fille avait aspiré un haricot ; un accès de suffocation s'en était suivi, accès, qui avait cessé quand la malade fut apportée à la Maison de Secours ; trompés par cette apparence, les médecins qui examinèrent la malade tranquillisèrent la famille, croyant peut-être que le corps étranger avait été expulsé ; la petite malade mourut la nuit suivante subitement, et à l'autopsie, Maestre vit que le haricot gonflé par les sécrétions humides obstruait complètement la trachée. Même dénouement aurait pu survenir chez une autre petite fille qui avait avalé aussi un haricot et qui fut opérée d'urgence ; la trachéotomie fut faite en état de mort apparente. M., se servant de pinces et de crochets put extraire le corps étranger ; il fallut ensuite faire la respiration artificielle pendant plus de dix minutes ; la malade fut enfin sauvée.

Le cas rapporté par Decref, celui qui fait l'objet de cette communication et celui de Briz, sont de plus, une preuve évidente des dangers éloignés auxquels exposent les corps étrangers abandonnés dans les poumons. Botella estime qu'il est hors de doute qu'il vaut mieux faire une trachéotomie, alors même qu'elle ne serait qu'exploratrice, que de s'exposer à être la cause qu'il surviendra un abcès pulmonaire ou une asphyxie rapide qui tue le malade.

Gonzalez Alvarez dit qu'il faut tenir compte que l'expulsion spontanée des corps étrangers est un fait fréquent ; il estime qu'on ne doit intervenir par bronchoscopie *inférieure* que lorsque les protestations de l'organisme l'exigent, car la trachéotomie préalable indispensable à cette exploration est toujours plus ou moins grave.

Il rappelle, à ce propos, le cas d'une enfant qui avait avalé un crochet depuis deux années, durant lesquelles elle avait eu des hémoptysies variées et une pneumonie. Une radiographie faite par Espina avait signalé la présence du crochet dans les poumons, la pointe touchant presque le cœur. G. Alvarez se refusa à intervenir immédiatement, remettant l'opération au jour où de graves phénomènes mettraient en péril la vie de la malade. Les faits vinrent lui donner raison, car, un jour, un coup de toux expulsa l'aiguille.

Séance du 20 février.

La discussion continue sur le cas de corps étranger de la bronche gauche présenté à la séance du 6 février, par Botella.

Codisia considère comme une menace constante la présence de tout corps étranger dans l'organisme, d'abord par les complications auxquelles il peut donner lieu, ensuite parce qu'il gêne et modifie les fonctions de l'organe dans lequel il est logé, enfin par les troubles d'origine réflexe qu'il provoque.

Il est vrai que l'organisme se défend contre le corps étranger, mais cette défense se traduit souvent par un processus phlogistique grave.

Il pense que, dans le cas cité par G. Alvarez, les troubles occasionnés par l'aiguille étaient suffisants pour justifier une intervention, car il considère qu'elle est spécialement indiquée dans les cas de corps étranger des voies respiratoires et plus particulièrement dans celui rapporté par Botella. Codisia termine en affirmant que, une fois diagnostiquée la présence d'un corps étranger dans les voies respiratoires, on *doit* intervenir, si possible par bronchoscopie supérieure, sinon par bronchoscopie inférieure ; le fait que cette dernière exige la trachéotomie préalable n'est pas une contre-indication.

Tapia dit que le problème de l'intervention dans les cas de corps étrangers est résolu d'une façon affirmative dès que son existence est prouvée.

La bronchoscopie est un procédé d'exploration non sanglant et inoffensif quand elle est stomatodiale, mais il faut remarquer que chez les enfants de moins de quatre ans, elle n'est pas toujours possible ; il faut donc, préalablement à l'exploration, pratiquer une trachéotomie et cela oblige à méditer sur le cas.

Les avantages de la bronchoscopie sont évidents. Dans 99 observations recueillies par Irneste, un résultat favorable a été obtenu dans 95 cas ; dans les quatre autres cas le corps étranger ne put être extrait : dans l'un (cas de Pienniazeck), un accident dans le courant électrique interrompit l'exploration et fut cause de la mort du malade; dans un autre, la famille ne permit pas de recommencer l'exploration,

T. signale les exagérations auxquelles on se laisse aller en parlant d'explorations bronchoscopiques des divisions de 3e et 4e ordre, alors qu'en réalité on ne sort pas de la bronche principale.

Il rapporte un cas de Kilian : sifflet de cinq millimètres aspiré par une petite fille et qui fut arrêté au niveau de la 8e côte ; il fut extrait par voie buccale.

Il demande à Botella pourquoi il n'emploie pas la dénomination proposée par lui de *stomatodiale* (au lieu de supérieure) et *traumatodiale* (au lieu d'inférieure).

Il termine en manifestant son étonnement que dans le cas rapporté par Botella un corps étranger de 6 millimètres se soit arrêté et que le bronchoscope ait pu passer quand même.

Ribera dit que les conclusions de Codisia sont trop exclusives, qu'il y a des corps étrangers qui sont parfaitement tolérés et que leur extraction peut être plus dangereuse que leur présence même dans la bronche. Quant à ceux des poumons, il faut distinguer s'ils sont dans la bronche ou dans le parenchyme; pour l'exploration, la bronchoscopie supérieure qui est inoffensive est parfaitement justifiée ; mais l'inférieure, par ouverture trachéale, ne doit être faite sans un diagnostic précis, de même qu'on ne doit pas rechercher un projectile dans le cerveau ou la colonne vertébrale sans symptômes qui justifient cette opération.

Quant à la pneumotomie, il y a lieu de discuter si, alors même qu'elle est diagnostiquée, il faut la pratiquer étant donnée sa gravité.

En résumé, l'intervention dans les cas de corps étrangers bronchiaux ne doit pas se faire sans un diagnostic ferme, et, dans les cas de corps étrangers parenchymateux, il faut se demander si le mal qu'ils causent justifie la pneumotomie.

Compaired cite deux cas vus par lui de corps étrangers des voies respiratoires. Le premier est celui d'un enfant qui avait aspiré un tube métallique ; il y avait de la fièvre, de la toux, de l'amaigrissement et de la dyspnée ; en un coup de toux violent, il expulsa le corps étranger. Le second est aussi d'un enfant qui avait aspiré une coquille de pignon qui avait occasionné un abcès pulmonaire étendu ; en introduisant le tube, il s'écoula une grande quantité de pus ; le corps étranger fut entraîné par ce dernier et fut retrouvé dans le tube.

Quant à la bronchoscopie, il dit qu'il ne peut y avoir aucun doute que c'est un procédé sûr et inoffensif ; mais il croit que la bronchoscopie inférieure ne doit pas se faire sans diagnostic ferme.

Decref fait quelques observations sur la valeur de la radiographie dans les cas de corps étranger, et estime que le médecin ne doit pas se limiter à faire cet examen ; pour que l'interprétation soit véridique, il doit être précédé de l'exploration clinique.

Botella dit que dans le cas présenté l'intervention était justifiée, car le diagnostic de corps étranger n'était pas douteux bien que celui de la localisation manquât ; l'exploration était simplement plus élargie.

Il estime que les conclusions de Gonzalez Alvarez sont parfaitement raisonnées et bien fondées étant donnée l'époque à laquelle se présenta le cas cité à l'appui. Il y a 10 à 12 ans, il n'y avait d'autre intervention que la pneumotomie ; et, étant donnée sa mortalité (95 °/₀), on devait évidemment réfléchir avant de s'y décider, car le remède était aussi mauvais, sinon pire, que le mal. Mais aujourd'hui, avec un procédé d'aussi grosse valeur que la bronchoscopie avec ou sans trachéotomie, on doit tenter l'extraction du corps étranger aussitôt que sa présence est diagnostiquée. Il est complètement d'accord avec Codisia.

Il est vrai que l'expulsion spontanée du corps étranger est observée dans certains cas ; mais il est tout aussi exact que les risques que font courir l'inaction sont encore plus graves que la bronchoscopie. La statistique de Rue, qui porte sur plus de 1400 cas *non traités* donne un total de 27 °/₀ de morts, tandis que celle de Ch. Jackson qui comprend 94 bronchoscopies n'en donne que 3 °/₀.

De plus, on pourrait admettre les propositions de G. Alvarez si les conditions dans lesquelles se trouve le corps étranger ne variaient pas avec la révolte de l'organisme ; malheureusement il n'en est pas ainsi et, précisément, les cas où la bronchoscopie ne donne aucun résultat ou fut suivie d'une issue funeste furent ceux où le processus de réaction qui entourait le corps étranger d'une zone inflammatoire rendit les manœuvres d'extraction très difficiles.

En résumé, une fois diagnostiqué le corps étranger, on doit tenter son extraction par bronchoscopie supérieure et, si cette dernière n'est pas possible, par l'inférieure.

L'innocuité de la bronchoscopie, Botella la démontra, en pratiquant ses deux formes à l'Académie médico-chirurgicale sur deux femmes, devant tous les membres de l'Académie, sans que celles-ci eussent la moindre souffrance ; évidemment, elle n'est pas toujours bénigne, et Ingals, après avoir extrait un corps étranger d'une bronche, perdit son malade à la suite d'un œdème aigu de la glotte.

Quant aux dénominations nouvelles, il répond à Tapia que celles qu'il a proposées lui paraissent appropriées mais, qu'en l'honneur de Killian et de Pienniazeck, il continue à employer celles qui furent données par ces auteurs ; dans son esprit, celles qui sont le plus claires sont celles de supérieure, ou *par voie buccale*, et d'inférieure, *par voie traumatique*.

Botella ajoute qu'il y a lieu de noter l'intérêt que présente son

cas relativement à la grosseur du corps étranger, car il est vraiment remarquable qu'un corps étranger qui avait 14 millimètres de longueur, 11 de largeur et 6 d'épaisseur fût passé normalement à travers la glotte et la trachée avant d'aller dans la bronche. Il était profondément enclavé dans cette bronche; on arriva à son niveau avec le tube de 9 millimètres très doucement pour ne pas le repousser plus profondément et, quand on l'eut pris avec la pince, il fallut retirer en même temps le bronchoscope, car le corps étranger ne pouvait entrer dedans.

Botella s'étonne que Tapia puisse douter qu'à l'aide du tube bronchique on puisse entrer dans des bronches de 3e et de 4e ordre. C'est ce que fait Killian; il ajoute que, bien qu'il n'ait pas l'habileté de Killian, il peut montrer une radiographie faite par Decref où se voit un tube de 7 millimètres introduit par Botella par bronchoscopie supérieure et qui arrive jusqu'à la terminaison de la base du poumon, par conséquent dans des ramifications de 3e ordre.

Botella a vu récemment à l'Hôpital le cas de coquille de pignon cité par Compaired; la radiographie faite par Espina démontre l'existence d'un grand foyer purulent dans le poumon gauche.

Une bronchoscopie supérieure a été faite très facilement; il s'est écoulé une énorme quantité de pus très fétide; le tube n'a pu être égoutté et nettoyé pour voir, dans la même séance, s'il restait quelques débris de coquille. La famille s'opposa à ce qu'on recommençât; des lettres ultérieures annoncent que le malade est toujours dans le même état et continue à avoir des vomiques de pus fétide.

XIV. — *SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MARBOURG*

Séance du 16 décembre 1908

Président : Tuczek.

Secrétaire : Sardemann.

Compte rendu par Léon Delmas (de Paris).

Traitement diététique du spasme laryngien, par P. Sittler. — A la période des crises, on obtient, en dehors du traitement médicamenteux (chloral, bromures, huile de foie de morue phosphorée, etc.) des résultats certains avec le régime à la farine de Fischbein; on prescrit, chaque jour, six flacons environ d'une décoction pure de farine à 3 % (farine d'avoine ou farine de riz) à laquelle on ajoute de la lactose, en quantité proportionnée à l'âge du malade. Cette forme d'alimentation qui est peu substantielle, ne doit pas être continuée plus de six à huit jours. On a l'habitude de voir presque toujours, chez des enfants en apparence sains, le spasme laryngé coexister avec du rachitisme; et cette corrélation, fréquente entre les deux affections, est expliquée par l'auteur de la façon suivante : chez les enfants rachitiques, on observe souvent une déminéralisation parfois considérable, surtout en ce qui concerne la chaux et le phosphore (Birk); dans le spasme du larynx, il existe vraisemblablement un

trouble de l'organisme dans sa teneur en phosphore et en chaux, lequel se traduit toujours par une diminution notable de ces substances dans les centres nerveux (Finkelstein). Dans les cas où il a été possible d'attribuer le spasme laryngé à l'alimentation par le lait de vache, l'auteur a observé que, si l'on augmentait les proportions du lait, on voyait se produire des selles grasses. Or, ces selles grasses correspondent, pour l'organisme, à une déperdition de calcium qui provoque l'apparition, dans l'intestin, de substances calciques insolubles ; ce sont, précisément, ces produits qui donnent naissance aux crises de laryngospasme.

Le traitement prophylactique de la diathèse spasmophile consiste à mettre l'enfant au sein ou à lui donner du lait de femme. Si ce régime n'est pas possible, il faut ajouter de la farine au lait de vache, mais en très petites quantités (quelques grammes pour une ration journalière). A ce traitement diététique, il convient d'adjoindre l'huile de foie de morue (Berk).

Cardiospasme avec dilatation consécutive de l'œsophage, hémorragies œsophagiennes graves et double parotidite suppurée, par Brauer. — Il s'agit d'un sous-officier qui reçut en 1895, un coup de baïonnette dans la région stomacale, et à la suite duquel, il eut des douleurs d'estomac et des troubles de déglutition. Pendant l'automne 1908, hématémèses graves qui font penser à un ulcère siégeant au voisinage du cardia. Sang dans les selles. En novembre, survient une double parotidite suppurée pour laquelle on fait de larges incisions ; malgré cela, le pus fait irruption dans les deux conduits auditifs. — En décembre, disparition, pour quelque temps, des hémorragies intestinales. D'après les commémoratifs, on porte le diagnostic d' « affection » de l'œsophage ; mais on n'ose pas faire le cathétérisme œsophagien. L'épreuve radiographique, prise après ingestion de bismuth, montre l'existence d'un sac, ayant le volume de deux œufs de poule, situé au-dessous du manubrium sternal et une dilatation particulière du médiastin à droite : d'où le diagnostic de diverticule de l'œsophage avec médiastinite consécutive. Le malade meurt le 17 décembre 1908. A l'autopsie, on trouve une dilatation considérable, diffuse, de l'œsophage, avec petites varices de la paroi.

XV. — *SOCIÉTÉ ITALIENNE DE PÉDIATRIE*

CONGRÈS DE LA SECTION D'EMILIA-MARCHE

Séance du 13 décembre 1908.

Président : Prof. C. Comba.

Secrétaire : Galvani.

Compte rendu par Léon Delmas (de Paris).

Rupture d'un ganglion bronchique caséeux dans les voies respiratoires ; trachéotomie ; guérison, par E. Dina. — Il s'agit d'une complication rare chez l'enfant, de l'adénopathie trachéo-bronchique ; ce

cas a été observé à la clinique de pédiatrie de Bologne, dirigée par le prof. Comba.

L'auteur cite l'observation d'un enfant de cinq ans qui fut pris presque subitement, en juillet 1907, de violents accès de suffocation. Transporté, en état d'asphyxie, au pavillon des diphtériques, on lui fit l'intubation sans aucun résultat ; cette opération fut suivie aussitôt par la trachéotomie basse. Par la plaie de la trachéotomie, le petit malade expulsa un fragment de ganglion lymphatique, ayant les dimensions d'une amande et en état de dégénérescence caséeuse. Aussitôt après l'opération, la respiration redevint bonne et la guérison survint rapidement. Aujourd'hui, l'enfant est en bonne santé quoiqu'il présente toujours assez nettement le signe de Schmidt.

Le seul traitement possible, en pareil cas, est l'intervention chirurgicale avec trachéotomie, qui a déjà donné de bons résultats dans six autres cas épars dans la littérature médicale.

RÉUNION DE LA SECTION VÉNITIENNE.

Tenue à Padoue, le 7 février 1909.

Compte rendu par C. LORENZI.

Traduction par Léon DELMAS (de Paris).

Sur un cas de malformation de l'œsophage, par C. LORENZI. — L'auteur rapporte l'observation d'un enfant de deux ans, d'apparence saine, qui fut amené à la clinique infantile de Padoue parce qu'il ne pouvait pas déglutir les aliments solides ou semi-liquides. Les premiers troubles apparurent dès qu'à l'alimentation lactée on substitua des bouillies: lorsque celles-ci étaient un peu épaisses, l'enfant était pris de vomissements qui se reproduisaient, chaque fois, dans les mêmes conditions. Pas d'antécédents pathologiques : rate un peu mobile; à la percussion de la paroi postérieure du thorax, on trouve une légère submatité au niveau des apophyses épineuses des 4e et 5e vertèbres dorsales.

Le cathétérisme pratiqué avec la sonde œsophagienne accuse la présence d'un obstacle en un point situé à environ 12 centimètres des arcades dentaires ; cet obstacle une fois franchi, la sonde descend librement jusque dans l'estomac. Pas d'œsophagoscopie ; la radioscopie, faite après ingestion de bismuth, démontre qu'entre la 6e et la 7e vertèbre dorsale il existe un rétrécissement de l'œsophage, au-dessus duquel il existe une dilatation peu accentuée quoique très nette. En raison de l'absence d'antécédents morbides et de l'intégrité des téguments voisins, on fait le diagnostic de sténose congénitale avec dilatation secondaire. Comme traitement, on fait la dilatation systématique avec la sonde molle ; amélioration manifeste ; aujourd'hui l'enfant prend bien et déglutit, sans difficulté, les bouillies, même épaisses. L'auteur pense que l'on peut encore obtenir une amélioration plus grande en continuant, pendant longtemps, la dilatation lente et progressive de l'œsophage.

XVI. — *SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE BERLIN*

Séance du 9 décembre 1908.

Président : Senator

Secrétaire : F. Krause.

Compte rendu par Léon Delmas (de Paris).

Présentation d'un cas de fistules congénitales par persistance du canal branchial, avec malformations de l'oreille, par A. Hirschberg. — Il s'agit d'une femme qui fut traitée pendant quelque temps, pour une affection gynécologique, à la policlinique du professeur Nagel, mais qui présente des malformations de la tête et du cou qui appartiennent à la catégorie des anomalies congénitales par arrêt de développement.

Cette femme porte quatre orifices anormaux disposés symétriquement deux par deux de chaque côté de la tête. Les deux orifices inférieurs sont situés sur le bord interne des muscles sterno-cléido-mastoïdiens, tout près de leurs insertions sterno-claviculaires et ils ne sont pas plus gros que les trous faits par une pointe d'épingle très fine ; un mandrin introduit dans cet orifice accuse une profondeur de 5 millimètres environ ; par l'orifice droit s'écoule, de temps en temps, un liquide clair limpide et un peu visqueux. En outre, on voit un autre orifice un peu plus grand ayant à peu près les dimensions d'une tête d'épingle, et situé, de chaque côté de la tête, à l'endroit où l'hélix du pavillon de l'oreille entre en rapport avec la région temporale. Une sonde fine, introduite dans cet orifice, ne pénètre pas plus qu'à un centimètre de profondeur, et nous montre que cette fistule se termine en cul-de-sac, sans communiquer ni avec le conduit auditif externe, ni avec la caisse du tympan. Par ces deux ouvertures supérieures, notamment par l'ouverture du côté gauche, on voit s'écouler un liquide jaunâtre, épais, souvent malodorant, qui procure à la malade assez de désagrément.

Les fistules inférieures, relevées à la base du cou, doivent être considérées, sans aucun doute, comme des fistules externes dues à un développement incomplet des fentes branchiales qui ne se sont pas soudées chez l'embryon. Il n'en est plus de même pour les fistules du pavillon de l'oreille qui n'ont pas, du tout, la même étiologie que les fistules du cou ; elles font partie de ce qu'on appelle « les fistules congénitales de l'oreille » et peuvent être regardées comme des fistules du premier arc branchique (Hensinger, Bland, Sutton, etc.). De plus, les recherches de Kostanecki et de Mielecki ont montré que ces fistules du premier arc branchique n'existent pour ainsi dire point du tout, et qu'il s'agit plutôt, dans des cas comme celui de Hirschberg, d'une anomalie de développement de l'oreille, et par conséquent d'une invagination anormale de l'ectoderme : ainsi s'explique l'existence d'un liquide de sécrétion, qui est analogue à du smegma et qui provient du mélange de cellules épithéliales exfoliées avec le produit de sécrétion des glandes sébacées.

La coexistence des quatre fistules, observées dans le cas présent,

est excessivement rare : l'auteur n'en a pas trouvé de cas semblable dans la littérature médicale. Chez la malade de Hirschberg, il convient d'ajouter que les fistules, probablement congénitales, ne sont apparues manifestement que six jours après la naissance. Enfin en ce qui concerne le traitement, l'on peut dire qu'une foule de moyens a été préconisée ; on a essayé de traiter ces fistules soit par les procédés chimiques, soit par l'électricité ; mais l'on n'obtint aucun résultat. La seule méthode digne d'attention, est l'excision du trajet fistuleux.

XVII. — *SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE BRESLAU*

Séance du 14 décembre 1908.

Président : H. Küttner.
Vice-président : Partsch.
Secrétaire : Gottstein.
Trésorier : Goebel.

Compte rendu par Léon Delmas (de Paris).

Sur trois cas de carcinome de l'amygdale, de la angue et du plancher buccal, par Küttner. — L'auteur présente trois malades qu'il a opérés et dont les observations lui suggèrent les conclusions suivantes : le point capital de l'intervention est de bien repérer tous les ganglions lymphatiques de la région ; car, dans les tumeurs malignes de l'amygdale, il faut faire l'évidement complet de tous les ganglions du cou et pratiquer la ligature de la carotide externe, du côté malade, entre la thyroïdienne supérieure et la linguale. Pour enlever les tumeurs de l'amygdale, l'auteur estime que les procédés compliqués sont superflus et il se contente de faire la section latérale du maxillaire inférieur qui donne un jour très grand à l'opérateur et lui permet d'enlever des tumeurs étendues atteignant jusqu'au pharynx et à la base de la langue.

Pour faire l'extirpation totale des ganglions du cou, l'auteur opère ainsi qu'il suit : il fait une incision cruciale dont la ligne verticale va du menton au sternum ; la ligne horizontale de cette incision, légèrement arciforme, suit la courbe de l'os hyoïde ; on met alors à nu la région sous-mentonnière et les deux régions sous-maxillaires ; on enlève ensuite tous les ganglions jusqu'à la clavicule. Si les ganglions sus-claviculaires sont visibles, il faut les enlever ; car il existe un rapport direct entre les vaisseaux lymphatiques de la langue et les ganglions sus-claviculaires. On peut faire, en même temps, la ligature des deux linguales et des deux maxillaires externes.

Partsch signale l'importance des rapports qui existent entre la langue et les ganglions sus-claviculaires. Il eut deux malades qui moururent à la suite d'une métastase des ganglions sus-claviculaires, bien qu'il ait pratiqué l'extirpation minutieuse de tous les autres ganglions de la région. Il fait l'opération en deux temps et ne procède à l'ablation de la tumeur linguale que lorsque la plaie cervi-

cale, nécessitée par l'évidement ganglionnaire est complètement guérie. Il préfère l'incision de Kocher passant par le milieu du maxillaire inférieur et n'empêchant pas les malades de mastiquer leurs aliments dès les premiers jours qui suivent l'intervention. Le seul inconvénient, c'est qu'il est difficile d'obtenir la fermeture complète du plancher buccal et d'empêcher l'infection de la plaie cervicale par les liquides septiques de la bouche.

Küttner a observé également des métastases ganglionnaires et il ajoute que, pour diminuer autant que possible les chances d'infection de la plaie cervicale, il suture, au niveau de l'épiglotte, un bout de la muqueuse du pharynx à la peau, de façon à former une voie de dérivation aux produits de sécrétion buccale.

Présentation de cas, par Küttner, — L'auteur présente : 1° trois malades atteints de tumeurs malignes de l'amygdale. Il s'agit de deux carcinomes et d'un sarcome qui furent traités par l'opération ; 2° il montre ensuite toute une série de malades atteints de carcinome de la langue ou du plancher buccal qu'il a traités par sa méthode d'incision cruciale dont la technique est relatée dans le *Beiträge zur klinische Chirurgie*, 1898, vol. 20. Après avoir fait la résection temporaire du maxillaire, Küttner suture à la peau un lambeau de la muqueuse pharyngienne, pris au niveau de l'épiglotte ; par cette manœuvre, il permet aux liquides provenant de la sécrétion buccale de s'écouler au dehors et les empêche, ainsi, d'aller infecter la plaie opératoire.

XVIII. — *SOCIÉTÉ DES MÉDECINS ALLEMANDS DE PRAGUE*

Séance du 8 janvier 1909.

Compte rendu par Léon Delmas (de Paris).

Sur la phonasthénie des chanteurs, par Imhofer. — L'auteur a observé 32 cas de cette névrose professionnelle qui a été décrite par Th. Flatau. Au point de vue étiologique, elle est due surtout à une éducation défectueuse de la voix ; mais elle est liée aussi à toutes les causes qui diminuent l'activité fonctionnelle des muscles du larynx (anémie, etc.). Le diagnostic est, en général, facile à établir ; l'observation des sons défectueux émis par le sujet et les diverses méthodes d'examens (électricité, compression) sont des auxiliaires précieux ; car on ne saurait jamais faire un diagnostic sûr, si l'on s'en rapportait uniquement aux antécédents. De plus, c'est le diagnostic qui fournit tous les éléments nécessaires à l'application d'un traitement convenable.

A côté de la forme typique, Imhofer connaît une forme aiguë de phonasthénie qui n'a pas encore été décrite jusqu'à ce jour, et dans laquelle un traitement approprié est nécessaire si l'on veut voir une *restitutio ad integrum* de l'organe.

XIX. — *SOCIÉTÉ MÉDICALE DE HAMBOURG*

Séance du 1er décembre 1908.

Président : Kümmel.

Compte rendu par Léon Delmas (de Paris).

Affections des oreilles chez des ouvriers travaillant dans les caissons, par Thost. — Il s'agit d'ouvriers ayant travaillé à la construction du tunnel de l'Elbe où ils restaient pendant 4 à 8 heures dans les caissons, sous une pression de deux atmosphères et demi. Ces ouvriers présentent des symptômes typiques de la « maladie des caissons »; leurs observations ont été recueillies et seront publiées par M. Lauenstein. L'auteur rapporte ici deux cas seulement de troubles auriculaires qu'il eut l'occasion de soigner. Ces troubles sont dus aux phénomènes de compression et de décompression et sont caractérisés par des exsudations dans l'oreille moyenne et des hémorragies se produisant par la trompe d'Eustache. Les malades présentent les symptômes de la maladie de Ménière : vertiges, syncopes et surdité unilatérale, suivis bientôt d'une névrose traumatique typique. Comme traitement, il convient d'avoir recours à la quinine. En général, les cas de ce genre doivent être traités par les médications diaphorétiques, les bains et le brome. Il faut défendre aux ouvriers atteints de rhino-pharyngite de descendre dans les caissons (à cause de l'obstruction des trompes) ; par contre, les ouvriers porteurs de perforation du tympan peuvent continuer leurs travaux.

XX. — *SOCIÉTÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE DE COLOGNE*

Séance du 2 novembre 1908.

Président : Strohe.

Secrétaire : Klein.

Compte rendu par Léon Delmas (de Paris).

Le traitement des troubles de la parole par les exercices méthodiques, par Hopmann. — Après avoir exposé brièvement jusqu'où peut s'étendre l'action du médecin spécialiste, l'auteur estime que les exercices entrepris dans le traitement des troubles de la parole ne doivent pas être en contradiction avec la physiologie de la parole. Chez les sourds-muets, la physionomie et le toucher sont employés exclusivement dans l'éducation de la parole ; mais, chez la plupart des malades atteints de troubles de la phonation, cette méthode optico-tactile ne donne pas de meilleurs résultats que la méthode auditive. Elle est indiquée surtout chez les aphasiques, chez les sujets atteints de balbutiement ou chez les individus qui présentent des déformations ou des malformations congénitales du larynx. Dans cette dernière catégorie, il faut encore ranger les malades qui furent laryngectomisés. L'auteur présente quelques malades privés de leur larynx, et il insiste sur les particularités que peut présenter une voix pharyngée.

XXI. — *SOCIÉTE MÉDICALE DE LEIPZIG*

Séance du 10 novembre 1908.

Président : Curschmann

Secrétaire : Dumas.

Compte rendu par Léon Delmas (de Paris).

Un cas de tuberculose du larynx; guérison, par Viereck. — Il s'agit d'une affection localisée à l'épiglotte et au ligament thyro-aryténoïdien supérieur droit. Ces organes sont le siège de végétations ayant un caractère papillaire spécial. L'examen laryngoscopique montre que la lésion ressemble beaucoup à du carcinome ; mais l'étude histologique d'un fragment excisé de la tumeur permet de porter sûrement le diagnostic de tuberculose (un premier examen n'avait pas donné de résultats probants). En cinq séances, du 10 mai 1907 au 18 février 1908, on fit la résection de l'épiglotte, l'extirpation du ligament thyro-aryténoïdien droit et des cautérisations multiples de la plaie opératoire ; toutes ces opérations furent exécutées avec la méthode d'anesthésie de Braun. Pendant l'hiver 1907, la malade fut, en outre, traitée avec des injections de tuberculine. Aujourd'hui, le bord du moignon épiglottique est bien cicatrisé ; le ligament thyro-aryténoïdien est transformé en une masse résistante de tissu fibreux cicatriciel. En essuyant le larynx avec un tampon d'ouate monté sur une sonde, on ne constate pas de saignement.

A propos de ce cas, l'auteur rappelle une observation d'ulcération tuberculeuse de la paroi postérieure du larynx et de l'épiglotte qu'il présenta à la séance du 30 juillet 1901. Ici la guérison de la lésion laryngée se maintint jusqu'à la mort de la malade qui survint le 8 juillet 1907, à la suite des progrès faits par une tuberculose pulmonaire.

Séance du 8 décembre 1908.

Président : Curschmann.

Secrétaire : Riecke.

Fistule stomacale pour rétrécissement cicatriciel de l'œsophage, par Trendelenbourg. — L'auteur présente un jeune homme de 20 ans qu'il opéra, il y a 9 ans, pour un rétrécissement cicatriciel de l'œsophage et à qui il fit une fistule stomacale. Il montre aujourd'hui de quelle façon le malade peut s'alimenter. Après avoir mastiqué ses aliments, le sujet les envoie par déglutition dans une poche dilatée de l'œsophage ; de là, par des mouvements de rumination, il les ramène dans la bouche pour les insuffler, à l'aide d'un tube en caoutchouc, dans sa fistule stomacale.

Prothèse artificielle gastro-œsophagienne dans un cas de rétrécissement inopérable de l'œsophage, par Perthes. — L'auteur relate l'observation d'un jeune garçon, âgé de 6 ans, chez lequel, après ingestion de potasse caustique, il se produisit un rétrécissement

complet, imperméable de l'œsophage. Perthes fit à l'enfant une fistule gastrique et une fistule œsophagienne et il réunit les deux ouvertures par un tube en caoutchouc, formant ainsi une sorte d'œsophage artificiel. Actuellement, l'enfant est en état de prendre par son tube, non seulement des aliments liquides, mais aussi des aliments solides tels que du pain et de la viande.

Mélano-sarcome des fosses-nasales, par Schümann. — Il s'agit d'une femme de 60 ans qui présente une tumeur envahissant toute la fosse nasale droite ; les premiers symptômes apparurent il y a huit mois et furent accompagnés par des hémorragies répétées. Opération : relèvement du nez sur le front suivant le procédé de Langenbeck ; on voit alors apparaître une tumeur molle, grisâtre, à large base, implantée sur la paroi latérale du nez et remplissant toute la fosse nasale. Ablation à l'aide de la pince à pansement et de la curette tranchante. Résection du cornet moyen.

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un mélano-sarcome. Cette tumeur était recouverte par la muqueuse restée intacte.

Mélano-sarcome du pavillon de l'oreille, par Schümann. — Il s'agit d'un homme de 45 ans, qui remarqua, il y a 3 ans, que le pavillon de son oreille gauche présentait deux points noirâtres, situés à l'intérieur de la conque et augmentant progressivement de volume. En juin 1906, cautérisation galvanique de ces tumeurs ; une récidive rapide et une évolution brusque de la tumeur en furent la conséquence. En mai 1908, la tache supérieure avait atteint les dimensions d'une fève et commençait à s'ulcérer. Pendant les trois derniers mois qui précédèrent l'opération (le 27 novembre 1908), les tumeurs se développèrent avec une très grande rapidité, en même temps que l'on remarquait une hypertrophie des ganglions lymphatiques situés le long du sterno-cléido-mastoïdien. Les tumeurs, ayant une coloration noirâtre, avaient à peu près les dimensions d'une pièce de deux marks, et remplissaient, à la façon d'un champignon, tout l'espace compris entre l'hélix et l'anthélix. On voyait également des taches noirâtres sur l'anthélix, au-dessous du tragus et dans les parties molles environnant la portion cartilagineuse du conduit auditif. Opération : ablation de tout le pavillon de l'oreille et d'une partie du conduit auditif. On trouve encore de petits points noirs, néoplasiques, sur le fascia parotidien et plus profondément, dans la parotide elle-même. Les ganglions situés le long du sterno-cléido-mastoïdien avaient les dimensions d'une noisette. L'examen microscopique fit voir qu'il s'agissait d'un sarcome mélanique, fort riche en cellules, avec des métastases dans les ganglions lymphatiques et la parotide.

Les mélanosarcomes du pavillon de l'oreille sont des tumeurs rares et leur malignité est très grande, ainsi que le montre l'observation relatée ci-dessus.

XXII. — *SOCIÉTÉ DES SCIENCES NATURELLES ET MÉDICALES DE DRESDE*

Séance du 7 novembre 1908.

Président : Schmorl

Compte rendu par Léon Delmas (de Paris).

Un cas de sigmatisme nasal, par Th. Barth. — L'auteur présente un cas de sigmatisme nasal caractérisé par un trouble rare de la parole. Il s'agit d'une sorte de bégaiement dans lequel le son S n'est pas produit par le passage du courant d'air sur le dos de la langue, entre les arcades dentaires, comme cela se passe à l'état normal. Lorsque l'on veut faire dire la lettre S au malade, on voit sa langue s'élever, son voile du palais s'abaisser et le courant d'air passer par le nez sans que l'on puisse entendre aucun sifflement : la voix retentit comme s'il y avait une paralysie du voile du palais. Toutefois, la simple inspection suffit pour nous convaincre que le voile du palais fonctionne tout à fait normalement; toutes les autres consonnes et les voyelles sont prononcées d'une façon normale.

Séance du 28 novembre 1908.

Un cas d'abcès du cerveau consécutif à une vieille suppuration sinusienne : guérison, par Just. — Il s'agit d'un abcès cérébral dont le diagnostic étiologique offre de sérieuses difficultés. Le malade souffre, depuis deux ans, d'une double suppuration des cavités accessoires du nez; depuis quelques semaines, il est atteint d'otite moyenne aiguë compliquée de mastoïdite. Cinq semaines après l'opération qui fit connaître l'intégrité absolue de la dure-mère au niveau des fosses cérébrales moyenne et inférieure, on voit survenir subitement du vertige ; la démarche devient chancelante, et le malade fait des chutes toujours du côté gauche en même temps qu'il est pris de vomissements, de maux de tête fréquents avec ralentissement du pouls. A droite, on ne trouve pas de traces de phénomènes inflammatoires du côté de l'oreille moyenne et du labyrinthe. La plaie opératoire est presque guérie. Pendant ces six derniers jours, malgré un examen des plus attentifs, il fut impossible de découvrir le moindre signe de localisation.

Cependant, on note des phénomènes de compression cérébrale qui s'accentuent de plus en plus, des troubles du sensorium, de la somnolence alternant avec des signes d'agitation motrice ; pas de fièvre ; pas de symptômes méningitiques. On fait, selon toute vraisemblance, le diagnostic d'abcès du cerveau à droite. La trépanation au niveau du cervelet ne donne aucun résultat.

La suppuration profuse qui s'écoule par le nez et les violents maux de tête frontaux incitent à penser à une sinusite frontale. Ouverture de la paroi postérieure du sinus frontal, qui met à découvert un abcès du lobe frontal. L'écoulement qui s'échappe du nez rend impossible tout examen sérieux des sinus. Une petite ouverture exploratrice, faite dans le sinus frontal droit, montre l'intégrité de cet

organe. Le pus provient, ainsi qu'on a pu s'en rendre compte ultérieurement, des cellules ethmoïdales. Par une large ouverture mettant à nu le lobe temporal droit, on trouve des adhérences circonscrites de la dure-mère avec le toit osseux de l'aditus. Dans le lobe temporal lui-même, on remarque un abcès de 5 à 6 centimètres de long sur 2 à 5 centimètres de profondeur. Drainage avec un drain en caoutchouc. Pas de hernie cérébrale. Au bout de quatre semaines, l'abcès est cicatrisé. Guérison complète qui se maintient déjà depuis deux ans.

Trois cas de lupus traités par la photothérapie et les rayons X, par Werther. — L'auteur relate trois cas :

1° Le premier est celui d'une femme de 36 ans qui porte à l'oreille, depuis l'âge de deux ans, un petit nodule lupique, lequel a envahi progressivement toute la joue gauche depuis la racine des cheveux jusqu'au bord du maxillaire inférieur ; depuis cinq ans, la lésion a gagné la région frontale. Il y a plus de cinq ans, la malade fut traitée sans succès, pendant une année, par la radiothérapie. Dès son admission à l'hôpital, elle est traitée par la photothérapie avec la lampe en quartz, à lumière bleue. Cette lampe est appliquée à l'oreille, contre la peau malade et la patiente subit 24 séances d'une demi-heure. Guérison qui s'est maintenue jusqu'à ce jour.

2° La deuxième observation est celle d'une femme de 20 ans, malade depuis cinq ans. Le lupus a débuté par le cou et par le nez, pour envahir, de là, le front et les joues. Œdème violacé du nez et des joues surtout au niveau des yeux. Lésions lupiques sur les muqueuses nasale et pharyngienne ; quelques foyers sur les membres ; suppuration du sac lacrymal. Traitement par la méthode de Finsen : guérison (au bout de 83 séances) qui s'est maintenue jusqu'à ce jour ; légère atrophie de la peau, visible seulement à un examen attentif ; persistance d'un léger œdème des paupières.

3° Le troisième cas est celui d'une femme de 48 ans, atteinte de lupus de la main droite depuis 26 ans et de la face depuis 6 ans ; les lésions ont envahi le nez, le front, les joues et les paupières. Traitement combiné pendant longtemps par la radiothérapie et la méthode Finsen. Guérison avec une légère atrophie de la peau.

Présentation de cas qui furent aggravés par un traitement charlatanesque, par Werther.

1° *Eruption rupique du visage avec perte du nez.* — Il s'agit d'un homme de 32 ans, syphilitique, qui se traita pendant longtemps, avec l'arsenic et le mercure combinés, mais qui se confia aux soins d'un charlatan, en juillet 1908. Les graves lésions rupiques que le malade portait sur tout le corps ne firent qu'empirer ; le nez a totalement disparu et les parties avoisinantes du maxillaire supérieur sont envahies ; fièvre considérable. Remis au traitement mercuriel, le malade voit son état s'améliorer.

2° *Lupus de la face.* — Cette observation est celle d'une jeune

fille de 22 ans, malade depuis 9 ans ; elle présente des ulcérations des lèvres, de la langue et du voile du palais qui s'aggravèrent beaucoup à la suite d'un traitement institué par un charlatan. Le nez a été respecté. La malade est, de plus, atteinte d'une grave affection pulmonaire.

3° *Syphilides tardives de la face*. — Il s'agit d'un homme de 36 ans, présentant des syphilides de la face qui simulaient le lupus et avaient envahi le nez, la lèvre supérieure et la joue droite. L'affection a débuté en août 1907 et les ulcérations ont détruit en partie les ailes du nez. De mai à novembre 1908, le malade se confia aux soins d'un charlatan qui le soumit à 112 séances de photothérapie : naturellement, les résultats furent nuls, et les lésions s'aggravèrent. Soumis, depuis, au traitement spécifique, le malade vit son état s'améliorer.

XXIII. — *SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE DE MUNICH.*

Séance du 15 janvier 1909.

Compte rendu par Léon Delmas (de Paris).

Sur une anomalie du conduit laryngo-trachéal, rare au point de vue anatomique et clinique (avec présentation de pièce), par Trumpp. — Il s'agit d'une aplasie presque complète du cartilage cricoïde et des deux premiers anneaux de la trachée chez un enfant qui mourut, à l'âge d'un an et demi, de tuberculose miliaire. Malgré cette anomalie, le petit malade ne présenta jamais, *in vivo*, de troubles fonctionnels du côté du larynx.

L'auteur présente la pièce anatomique et, à l'occasion de ce cas, il fait quelques remarques sur l'étiologie du stridor congénital du larynx, qui, selon lui, serait dû à une faiblesse congénitale des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs.

XXIV. — *SOCIÉTÉ DES SCIENCES NATURELLES ET MÉDICALES DE HEIDELBERG*

Séance du 30 juin 1908.

Compte rendu par Léon Delmas (de Paris).

Malformation rare de l'oreille, par Kümmel. — Il s'agit d'un enfant qui présente de la dystopie et de l'hypoplasie du pavillon de l'oreille; cette malformation est liée à une aplasie de la branche montante du maxillaire inférieur. La radiographie montre un développement normal du rocher. La moitié droite du maxillaire inférieur a une consistance fibreuse ou cartilagineuse ; les ébauches dentaires sont normales.

L'auteur a l'intention de refaire par l'opération un pavillon de l'oreille, aussi normal que possible et de corriger, plus tard, la dystopie.

SECTION DE MÉDECINE

Séance du 1er décembre 1908.

Corps étrangers de la trachée et de l'œsophage chez de petits enfants, par Kümmel. — L'auteur relate le cas d'un petit garçon

de 2 ans 1/2 qui avait avalé, le 19 octobre 1908, le couvercle d'un petit pot d'huile. D'après les dires des parents il ne s'agissait que d'une épingle, à tête en forme d'écrou ; une épreuve radiographique faite à Mannheim démontre l'existence d'un corps étranger situé vers le milieu du sternum. Les symptômes observés, tels que des accès de toux et de la dyspnée, font penser plutôt à un corps étranger des voies aériennes, bien qu'il n'y ait pas de signe physique qui prouve le bien-fondé de cette assertion. Une nouvelle radiographie montre que le corps étranger doit se trouver fiché la tête en bas, dans la grosse bronche gauche. Pas de fièvre, légère dyspnée à peine appréciable ; diminution du murmure respiratoire à gauche.

Le 22 octobre, bronchoscopie après anesthésie complète, par introduction dans le larynx, du tube de Brüning de 7 millimètres.

L'épingle est piquée dans la paroi trachéale droite tandis que sa tête se trouve dans la bronche principale gauche ; sa position correspond à celle qui a été indiquée par la radiographie. On saisit ensuite, non sans de grandes difficultés, l'épingle avec la pince de Brüning et l'on parvient à la libérer de la paroi trachéale ; toutefois son extraction semble impossible à cause de la crainte que l'on a de voir sa pointe pénétrer à nouveau dans la paroi trachéale. Le 24 octobre, nouvelle anesthésie au chloroforme, on emploie cette fois une pince de Brüning, plus longue et plus résistante; on saisit l'épingle de telle façon que sa pointe se trouve maintenue entre les branches de la pince ; l'extraction se fait facilement, sans aucune espèce de résistance. A l'examen bronchoscopique, on ne trouve pas de trace de lésions trachéales ou bronchiques. Les jours suivants, pneumonie légère du lobe supérieur gauche ; guérison complète. La voix qui, au début, était complètement rauque, est redevenue tout à fait normale.

A propos de ce cas, l'auteur relate d'autres corps étrangers qu'il a extraits de l'œsophage de tout petits enfants, après anesthésie complète. Deux de ces corps étrangers : un petit sifflet et un bouton d'uniforme, sont remarquables par leurs dimensions considérables si on les compare au calibre de l'œsophage d'enfants âgés de 3 et 5 ans. Chez un autre petit malade, âgé de 2 ans, il trouva un petit soldat, en étain, enclavé dans l'œsophage au-dessous d'un rétrécissement. Ce n'est qu'après dilatation progressive de ce rétrécissement que le corps étranger put être extrait.

XXV. — *SOCIÉTÉ MÉDICALE DE FRANCFORT-SUR-LE-MEIN*

(Compte rendu officiel.)

Séance ordinaire du 5 octobre 1908.

Président : Edinger.

Secrétaire : Cahen-Brach.

Compte rendu par Léon Delmas (de Paris).

Corps étranger dans le sinus maxillaire, par von Wilde. — L'auteur présente l'observation d'une femme de 40 ans, chez laquelle

on fit, il y a 3 ans, une tentative d'extraction de la troisième molaire droite qui était cariée. Peu après, suppuration nasale, suivie bientôt d'une perforation du sinus maxillaire à travers la paroi externe de l'alvéole de la troisième molaire. La malade est très déprimée ; elle a souvent des accès de fièvre et présente actuellement une suppuration fétide. Intervention : large ouverture du sinus maxillaire par la fosse canine et extraction de la dent qui était incluse, au milieu de granulations, dans l'angle postéro-inférieur du sinus.

Enveloppe d'un grain de blé extraite de l'oreille moyenne, par VON WILDE. — L'auteur relate l'observation d'un homme de 45 ans, qui, en décembre 1906, fut enfermé dans un asile d'aliénés pour psychose aiguë et qui présentait, depuis six semaines environ, une otite moyenne purulente aiguë. Trépanation de l'apophyse mastoïde et évacuation d'un abcès extra-dure-mérien. Après l'opération, le malade est pris de crises d'excitation maniaque, qui durent quatorze jours environ et au cours desquelles il arrache son pansement, etc. ; puis il tombe dans un état de stupeur complet. La suppuration de l'oreille persiste encore pendant deux mois, même après la fermeture de la plaie opératoire ; on ne voit pas de perforation. Enfin, un jour, on voit apparaître dans le conduit auditif les poils de l'enveloppe d'un grain de blé ; celle-ci fut extraite par l'oreille moyenne. Il s'agit d'une espèce particulière de grains que l'on rencontre dans l'Amérique du Nord, pays d'origine du malade et qui ont la propriété, par leurs poils, de s'ancrer solidement dans les vêtements ou dans la peau.

Séance du 7 décembre 1908.

Rupture traumatique du tympan, par M. J. VEIS. — Il s'agit d'une jeune fille de 20 ans, téléphoniste, qui reçut, dans l'oreille la communication si bruyante d'un abonné, qu'elle présenta les jours suivants, tous les signes d'une rupture traumatique du tympan ; cette lésion guérit, d'ailleurs, en peu de temps, avec *restitutio ad integrum* de l'organe.

L'auteur n'a pas trouvé de cas analogues à celui-ci dans la littérature médicale.

J. FRIEDLANDER estime qu'il n'existe pas de maladie spécifique de téléphonistes, fonctionnelle ou organique ; d'après lui, les cas observés appartiennent aussi bien à la pathologie nerveuse qu'à l'otologie et il les range dans la catégorie des névroses traumatiques.

II. — BIBLIOGRAPHIE

1. — **Complications des antrites frontales**, par le prof. Gerber, de Königsberg. Berlin, 1909, chez Karger.

Délaissant le terme ambigu de sinusite, qui prête à la confusion avec les phlébites dure-mériennes pour celui d'antrite, Gerber a étudié dans le présent ouvrage non pas l'affection tout entière, mais, comme le titre l'indique, surtout ses complications locales et éloignées. Le domaine sur lequel se meut cette étude a passé longtemps pour des plus étroits. Faute de savoir reconnaître la véritable origine de certaines manifestations oculaires ou intracraniennes, les auteurs pensaient que, contrairement à l'otite moyenne, la sinusite frontale ne faisait presque jamais sentir ses effets nocifs du côté de l'encéphale et de ses membranes. Newton Pitt (*British med. J.*, 1890, 1er vol.) sur 9.000 autopsies ne trouvait qu'un cas d'abcès cérébral dû à cette cause. Treitel (*Berl. klin. Woch.*, 1896) n'en cite qu'un exemple aussi sur 6.000 nécropsies. Dans la statistique de Gowers (*Handbuch der Nerven Krankheiten*, II) le chiffre est un peu plus élevé (6 cas sur 142 abcès cérébraux). Wertheim (*Arch. für Laryng.*, 1901, II) et Hajek (voir son *Traité sur les sinusites*) font remarquer du reste que les investigations cadavériques portent bien peu d'habitude sur les sinus frontaux, de telle sorte que les donnés numériques fournies par les anatomo-pathologistes, avant ces dernières années, sont entachées de graves causes d'erreur. Ce qui semble bien le prouver, c'est que les oculistes ont récemment signalé un assez grand nombre de graves lésions orbitaires qui étaient manifestement dues à l'accumulation de pus et à la dilation de cette cavité accessoire des fosses nasales. Killian (*Manuel de Heymann*, t. III, 2e partie), Kuhnt (*Arch. f. Laryng.*, XIII, p. 70), Golowine (*Arch. f. Augenheilk.*, XLV, 1902, p. 140), mais surtout Dreyfuss (*Intern. Centralblatt f. Ohrenheilk.*, 1906, VI), ont montré que l'idée que l'on se faisait du caractère exceptionnel des complications intracraniennes des sinusites frontales était pour le moins exagéré. D'ailleurs rares ou fréquentes, des lésions qui peuvent tuer rapidement les malades ou les rendre aveugles mériteront toujours l'attention des cliniciens.

Gerber insiste beaucoup sur ce fait que les antrites frontales ne deviennent menaçantes que lorsque les parois osseuses du sinus ont subi des altérations morbides notables (carie, nécrose, résorption partielle). Suivant lui, l'infection septique du sang serait peu à craindre, et ce n'est pas par la voie hématique que s'opèrent les propagations les plus graves du mal. Or, il est à noter que, jusqu'à lui, l'état des parois osseuses de cette cavité accessoire des fosses nasales a fort peu attiré l'attention. Cependant récemment Sicard (Thèse de Toulouse, 1905) a cherché à mettre en relief les lésions carieuses qui, dit-il, permettent l'envahissement silencieux

de l'encéphale et de ses enveloppes. En définitive, ce sont les oculistes qui ont fourni le plus de matériaux sur le sujet; leurs recherches portent principalement, comme il fallait s'y attendre, sur la paroi orbitaire.

Gerber, dans un chapitre spécial, passe en revue tout ce que nous savons sur le sujet et complète ses indications par un index bibliographique très complet. Des altérations de la paroi postérieure ont été notées par Axenfeld, Hajek, Schmiegelow, Peters, Schanz, Wilson, mais les matériaux sont ici moins abondants que précédemment. Notons combien les remarques de l'auteur sont heureusement complétées par les très nombreuses observations personnelles, communiquées ou recueillies dans la littérature médicale que contient la présente monographie. Cette abondance de matériaux cliniques lui donne, suivant nous, une valeur considérable.

Comme dans l'inflammation de la caisse, la phlegmasie de l'antre frontal guérit souvent localement, tandis que ses propagations à distance continuent à évoluer. Ceci a été signalé par plusieurs oculistes, notamment par Brandt (Thèse de Fribourg, 1902).

Antritis abcedens. — Dans le paragraphe consacré à la *sinusite avec suppuration des parois*, Gerber revient encore sur l'importance, fondamentale suivant lui, et sur la fréquence du processus carieux, professant en cela une opinion diamétralement opposée à celle émise par Wertheim. Tous les cas opérés par lui présentaient des lésions osseuses fort graves, contrairement à ce qu'ont trouvé en outre de Wertheim, Avellis (*Zeitschrift f. Ohrenheilk.*, vol. XLVIII, p. 113), Saint-Clair-Thompson (*Revue hebdomadaire de laryngologie*, 1906). Disons, du reste, que Maljutin et Botey ont constaté des faits analogues à ceux de Gerber. En outre, Everbusch et König avaient déjà constaté la fréquence de la perforation des parois osseuses de l'antre d'Highmore dans les cas de sinusite maxillaire.

Résumant ses recherches statistiques sur le sujet, l'écrivain évalue à 521 les cas où il y avait altération osseuse dont 319 de nécrose pure. Il a délaissé systématiquement dans sa nomenclature les altérations des parois qui relèvent du traumatisme, bien que celui-ci joue un assez grand rôle, comme on le sait, dans nombre d'antrites frontales afin d'avoir des faits plus simples pour s'appuyer. Ici encore de nombreuses observations permettent au lecteur de se faire une idée claire de l'allure des phénomènes. D'ailleurs le texte est de plus illustré par d'assez nombreuses photographies de malades avant et après l'intervention. Il faut noter la fréquence des perforations multiples dans diverses directions. Sur les 12 cas cités à ce propos, quatre fois la paroi antérieure du sinus, six fois la paroi inférieure, une fois la paroi postérieure, une fois les 3 parois ensemble se trouvaient intéressées. L'étendue des lésions était fort variable; parfois les destructions paraissaient grandes. Chez un malade, la syphilis était probablement la cause des désordres constatés. A ce propos, Gerber signale l'origine vénérienne d'un certain nombre de sinusites frontales dont il a vu d'assez nombreux exemples dans sa pratique.

Dans sa statistique de 319 cas de carie avec nécrose, Gerber note 8 cas de 0 à 10 ans, 42 cas de 11 à 20 ans, 42 cas de 20 à 30 ans, 37 cas de 30 à 40 ans, 34 cas de 40 à 50 ans, 40 cas de 50 à 60 ans, 22 cas au-dessous de 60 ans. Golowine a vu un cas à 70 ans, Betbèze à 71 ans, Bournonville à 72 ans, Hupperz à 73, Howard et Ingersoll à 76 ans, Schlegtendal à 87 ans. Il y avait 144 hommes et 106 femmes. 59 fois le mal siégeait à droite, 70 fois à gauche, 47 fois bilatéralement. Comme facteur étiologique, on notait le rhume 50 fois, l'influenza 34 fois, l'occlusion nasale 25 fois, les polypes 21 fois, la scarlatine, la diphtérie, la rougeole 13 fois, l'érysipèle 9 fois, la syphilis 12 fois, l'ozène 7 fois, les caries dentaires 2 fois, le traumatisme 8 fois, la tuberculose 1 fois.

L'examen bactériologique prouve, comme il fallait s'y attendre, que l'origine n'est point univoque. Il est impossible de faire un pourcentage avec le peu de documents qu'on possède sur le sujet ; mais on peut incriminer surtout le staphylocoque, puis le streptocoque et le pneumocoque.

La paroi antérieure était intéressée 94 fois, la paroi inférieure 232 fois, la paroi postérieure 43 fois, le septum 31 fois.

30 fois le labyrinthe ethmoïdal paraissait atteint d'une façon concomitante.

Ces lésions des parois du sinus frontal amènent fréquemment, comme l'ont démontré les recherches des oculistes, des complications orbitaires et oculaires. Celles-ci existaient sur 177 des cas énumérés par l'auteur.

Dans les cas les plus légers des lésions de la paroi orbitale, il semble n'y avoir qu'une diminution de la fente palpébrale, ce qui fait apparaître l'œil plus petit. D'autres fois, on constate déjà une certaine tuméfaction avec rougeur plus ou moins marquée de la paupière supérieure. Cette dernière, dans les cas intenses, est gonflée au point de recouvrir le globe oculaire tout entier et ne peut plus être déplacée en haut. On note concomitamment de la conjonctivite, du chémosis et des troubles visuels plus ou moins sérieux. L'abcès peut être sous-périostique et cette collection communique parfois avec une collection développée secondairement dans le tissu cellulaire de l'orbite. Si l'allure du mal est franchement chronique, les lésions des parois, telles que tuméfaction, coloration foncée du périoste, état piqueté de l'os également foncé et bleuâtre, ne se constatent qu'au cours de l'opération. La symptomatologie des lésions bien cantonnées des parois antérieures est marquée surtout par de la tuméfaction et de la rougeur aux bosses sus-orbitaires, près de la racine du nez. Les phénomènes qui décèlent les lésions de la paroi inférieure ou de la paroi postérieure sont très peu nets. En général, le mal est rarement aussi circonscrit, de telle sorte que la paroi orbitaire et la paroi antérieure sont également intéressées. Quand le mal siège à la paroi postérieure, on constate parfois, malgré l'épaississement des méninges qui opposent une sorte de barrière aux lésions, des complications intracraniennes à développement lent (Sicard).

Antrite frontale avec ectasie.

Généralités. — C'est la sinusite frontale chronique avec dilatation de Killian. Le processus ectasique qui la caractérise se voit dans l'antrite frontale suppurée comme dans la mucocèle ; d'autre part bien des mucocèles tournent au pus au bout d'un certain temps (Delsaux). On sait d'autre part que la pyocèle peut se changer en mucocèle par disparition des bactéries pathogènes et transformation de son exsudat (voir Borthen, *Grœfes Archiv*, 1885, XXXI, p. 211), de même que l'hydropisie du sac lacrymal succède fréquemment à une blennorrhée de celui-ci. Killian a fait jouer un grand rôle à l'atrésie croissante du canal de décharge fronto-nasal par suite de traumatismes, de cicatrices vicieuses, de processus inflammatoires périantraux ou ethmoïdiens. C'est l'ancienne conception. L'inflammation sinusienne d'abord intense finirait peu à peu en hyperémie exsudative. Logan Turner pense que la chronicité de l'antrite frontale est liée ici à un processus analogue du côté de la muqueuse des fosses nasales qui conditionne celui de l'antre frontal (voir « Contribution to the pathology of bone Cysts», *Edimbourg med. Journ.*) et obstrue du reste l'orifice de sortie du sinus en question. Les parois de celui-ci s'écartent peu à peu sous la poussée de la masse de mucus qui augmente sans cesse, et l'os s'amincit progressivement, parfois à un degré extrême, par ostéite raréfiante. Quant au traumatisme, son action serait relativement exceptionnelle. Dans la statistique de Killian, il est à noter que la moitié des cas seulement sur les 62 rassemblés par l'auteur étaient franchement muqueux, l'autre moitié participant plus ou moins au processus suppuratif (contenu séro-purulent ou muco-purulent). Dans la statistique de Gerber sur 216 cas d'antrite frontale avec ectasie, 178 fois il y avait mucocèle ou pyocèle, les autres faits étaient compliqués de carie ou de nécrose des parois antrales, événement qui, d'après Gerber serait loin d'être exceptionnel (voir aussi Uhl, Thèse de Munich, 1881, et Rollet, Thèse de Lyon, 1898). Suivant Hajek, il n'y aurait dilatation du sinus que dans les cas de kyste. Killian a émis une opinion diamétralement opposée. Le rôle de la syphilis souvent cité par les théoriciens ne se verrait guère dans la pratique. Callsen sur 118 crânes aurait vu cependant 39 ectasies de l'antre frontal dont 26 portaient des traces évidentes de syphilis (Thèse de Kiel, 1893). Son maître Keller a incriminé beaucoup aussi l'origine spécifique dans les sinusites ; mais, suivant lui, la vérole agirait d'une façon indirecte par le catarrhe nasopharyngien chronique qu'elle détermine. Mais où serait la preuve de tout ceci? Callsen invoque, il est vrai, des exostoses, des perforations. Tout cela serait exceptionnel d'après le relevé des observations personnelles de Gerber. Ce dernier pense comme Hajek et contrairement à Killian que l'enkystement est presque obligatoire, au moins à une première période de l'antrite frontale dilatante.

Pyocèle avec dilatation. — Sur trente-huit cas d'empyème avec dilatation, l'auteur a relevé les facteurs étiologiques suivants.

D'abord, à propos de l'âge, 2 avaient de 1 à 10 ans, 9 de 10 à 20 ans, 5 de 20 à 30 ans, 5 de 30 à 40 ans, 1 de 40 à 50 ans, 4 de 50 à 60 ans, 3 au-dessus de 60 ans. Il y avait 20 hommes et 12 femmes. 16 fois le mal siégeait à droite, 7 fois à gauche, 5 fois bilatéralement. Le coryza pouvait être invoqué 5 fois, l'obstruction nasale par polype, etc. 4 fois, le refroidissement 2 fois, la rougeole 1 fois, la scarlatine et la diphtérie 2 fois, la gonorrhée 1 fois, la tuberculose 1 fois, le traumatisme 3 fois.

Le mal a toujours eu une allure chronique; sa durée la plus courte a été de 7 mois (2 cas de Billroth), 1 an (Schenke, Berger, Tilley), 15 mois (Welge), 2 ans (Praun), etc. On a des cas de 10 ans Symonds) et de 11 ans (Krebs). La paroi orbitale a été très atteinte dans 10 cas, la paroi antérieure a été frappée surtout dans 11 cas. Souvent la dilatation portait à la fois en avant et en bas. La paroi postérieure est refoulée moins souvent (Otto et Gerber). Dans 17 cas des 38 d'empyème frontal avec dilatation que nous sommes en train d'analyser, les détails circonstanciés ne permettent pas de localiser les effets de l'ectasie. On peut dire cependant que dans les cas de Welge et de Praun l'agrandissement du sinus était colossal. Comme le fait remarquer Gerber, l'intégrité des parois osseuses était loin d'être constante, de telle sorte qu'une partie de ces faits aurait mérité d'être étudiée dans les chapitres précédents. Quant à la muqueuse, elle était ramollie suivant Magnus, fongueuse suivant Billroth, dégénérée suivant Tilley. Presque toujours le pus existait à l'état de dilution plus ou moins grande. Seul Billroth a vu du sang pur. Le conduit de sortie naso-frontal était bouché dans un grand nombre de cas, mais les détails fournis à ce sujet par les auteurs sont loin d'être toujours satisfaisants. Il en est de même pour l'intégrité ou l'état morbide des parties voisines telles que le labyrinthe ethmoïdal; 22 fois, il existait des complications orbito-oculaires.

La symptomatologie se ferait remarquer, en général, par la bénignité ou l'absence des phénomènes subjectifs, mais tous les auteurs ne sont point d'accord là-dessus. Ainsi Billroth, Praun, Schenke, Symonds, Tilley ont signalé, contrairement à ce qui existe dans la mucocèle, dans l'empyème frontal avec dilatation, des maux de tête violents. Otto, Rosas, Welge, Kuhnt auraient même observé de la stupeur et des symptômes cérébraux bien accusés tels que le vertige (Rosas). Parfois, les symptômes sont très alarmants, comme dans un fait de Welge, rapporté par Gerber. Il en était à peu près de même dans l'observation d'Otto.

Quant au traitement, 27 cas ont été opérés dont 22 guéris, 5 cas ont été abandonnés à eux-mêmes.

Mucopyocèle, hydropisie de l'antre. — La statistique de Gerber contient 178 faits de ce genre. Si nous dressons, comme précédemment, la liste des facteurs étiologiques, nous voyons que, quant à l'âge, il y avait 9 sujets de 0 à 10 ans, 21 sujets de 10 à 20 ans, 28 sujets de 20 à 30 ans, 10 sujets de 30 à 40 ans, 18 sujets de 40 à 50 ans, 22 sujets de 50 à 60 ans, 12 sujets au-dessus de 60 ans. Il y

avait 74 hommes et 65 femmes. Le mal existait 55 fois à droite, 57 fois à gauche, 22 fois bilatéralement. Le coryza pouvait être incriminé dans 14 cas, l'influenza dans 3 cas, l'érysipèle dans 2 cas, les autres infections générales dans 8 cas, les polypes dans 7 cas, le traumatisme dans 29 cas; 14 fois il y avait du pus dans le nez, 12 fois on ne constatait aucune suppuration intranasale. Le conduit naso-frontal se trouvait bouché dans 28 cas (les autres observations ne fournissent pas de renseignement sur ce sujet); 18 fois il y avait ethmoïdite, 10 fois antrite maxillaire, 3 fois antrite sphénoïdale concomitante.

Quant à la durée du mal, il est difficile de la fixer exactement. Devant l'insignifiance de la réaction symptomatique, on ne peut faire compte de l'ectasie, que quand celle-ci apparaît au dehors. Lawson a pu ainsi préciser l'âge d'une de ces pyomucocèles avec ectasie qui remontait certainement à 54 ans. Higgens attribue un autre cas à un traumatisme remontant à un peu plus de 22 ans. Peyrot a observé un cas datant de 10 ans au moins. Casali n'attribue que 8 ans au fait qu'il rapporte. Hallauer a vu croître une ectasie frontale de cette nature pendant 17 ans. En un mot, la marche serait chronique et généralement très lente, ainsi que cela résulte du relevé bibliographique fourni en ce sens par Gerber. La paroi antérieure était atteinte surtout dans 42 cas, la paroi inférieure dans 45 cas, la paroi postérieure dans 10 cas. Ici encore Gerber fournit un relevé par auteur, ce qui épargnera bien des recherches. Il en est de même pour le volume et l'aspect de la tumeur externe qui ont été très différents suivant les sujet atteints, grosseur d'une fève (Ressel), d'une amande (Bertheux), d'une cerise (Gerber), d'une noisette (Goris), d'une noix (Casali, Kipp, Berger, Tapia, Eaton), d'un œuf de pigeon (Jaeffreson, Fauvelle, Delsaux, Seifer, Jœrss), d'un œuf de poule (Brainard, Kelling), de 3 œufs de poule (Wuth), d'une orange (Keate), d'une pomme (Hallauer), du poing (Teillais). Dans ce cas, l'œil était complètement chassé au dehors. Valette a vu dans un cas la poche admettre facilement aussi le poing. Quelques mensurations plus exactes ont été fournies de temps à autre. Joerss indique 7 et 6 cm., Valude 6 cm. de hauteur, Heggen 2 pouces et demi dans chaque direction, Seiffer 12 cm. de profondeur, Mayer 8 cm. dans la verticale et 7 cm. dans la direction transversale. L'ostéoporose par ostéite raréfiante a été étudiée par Moser, Birnbacher, Logan-Turner, Hagen-Torn, Kipp. La paroi inférieure semblait la plus atteinte. La résorption osseuse était parfois colossale (Bellingham, Brunn, Buller, Gerber, Hulke). Parfois la poche touchait littéralement la dure-mère (de Lapersonne, Topp, Logan-Turner, Valude, Vacher, Kelling).

Enfin, dans le cas tout à fait extraordinaire de Kipp, antres frontal, ethmoïdaux, sphénoïdal étaient confondus en une énorme cavité unique. La carie et la nécrose des parois ne s'observe pas comme dans l'empyème avec dilatation. Que la mucocèle ait lieu par rétention, par transformation d'une sinusite purulente ou par kyste osseux analogue aux kystes dentaires, la muqueuse de l'antre frontal

était facile à reconnaitre, toute formation kystique exclue dans les faits de Bieller, par exemple. En général, cette membrane était épaissie, hyperémique (Gerber, Valude, Silcock), fongueuse (Hulke, Henry). De Santi a même parlé de dégénérescence myxomateuse. D'autre part, certains auteurs ont incriminé non plus la muqueuse de l'antre frontal, mais une formation nouvelle kystique; mais Gerber croit qu'il ne s'agit que d'une apparence due aux cloisonnements de la cavité par des brides fibreuses comme cela se voit dans la caisse, au moins dans beaucoup de cas. Barkhausen dit avoir rencontré une cavité analogue à la vessie, à parois resplendissantes et reposant sur une base cartilagineuse. Keate pense bien avoir vu l'enveloppe dudit kyste, comme Langenbeck, Hallauer, Rollet et Moreau, Vacher, Steiner. Bouyer aurait même observé « une coque cartilagineuse, Berger aurait vu un kyste graisseux (?) à parois analogues à la couenne du lard. Les examens microscopiques (Hallauer, Müller, Valude, Casali, Puccioni, Langenbeck, Sprenger) très divers comme résultats et comme conclusions peuvent faire pencher tantôt pour une simple ectasie de l'antre, tantôt pour une formation kystique. L'idée d'un kyste secondaire d'origine ethmoïdale (Avellis) est longuement exposée par Gerber avec les argument contre et pour. Les cas de Trombetta, de Hagen-Torn, de Seiffer, de Kuile pourraient peut-être être invoqués en sa faveur.

En tout cas, l'origine la plus fréquente serait la première (transformation d'une sinusite purulente).

Le contenu liquide peut être d'une abondance très variable, de 3 à 4 centimètres cubes (Demaldant), de 20 cent. (Seiffer), de 27 cent. (Rollet), de 54 cent. (Kelling), de 100 cent. (Farlow), de 150 cent. (Steiner), de 200 cent. (Nietsch, Fischer), de 220 cent. (Casali), d'une once (Williams, Jeaffreson), de 2 onces (Grossmann), de 3 onces (Bull), de 2 cuillers à bouche (Berger), de 3 cuillers à bouche (Topp), d'un verre (Valette, Berthon, etc.).

Quant à la couleur, il était transparent (Keate), clair (Baber), Batut, Casali, Hulke, Valude, Langenbeck, Logan-Turner, Rollet, Barkhausen, Keate, Luc), blanc (Ollier, Bertheux, Mei, Caron du Villard, Wuth, Ressel, Higgens, de Lapersonne, Bonyer, Williams), trouble (Fischer), sale (Bonhoff), opalescent (Turner), opaque (Higgens), opale (Watson), vert (dans 19 cas de Borthen, Farlow, Wirth-Madelung, Seiffer, Kuhnt, Quénu, etc.), grisâtre (Avellis, Buller, Higgens, Nietsch), brunâtre (Berger, Kelling, etc.), brun-rougeâtre (Vossius, Hallauer, Garreau, Seiffer, Tellais). Mêmes dissemblances pour la consistance aqueuse (Fischer, Lichtwitz, Bouyer, Berthon, Keate), séreuse (Demaldant, Schmidt, Logan-Turner), analogue au mucus (50 cas de Baber, Berger, Bond, Farlow, Golowine, Garreau, Moser, Müller, Dennis, Schuh, Valette, Wuth), mucopurulent (29 cas d'Avellis, Joerss, Nélaton, Quénu, Braunschweig, etc.), laiteux (Fischer, Brandt), crémeux (Hagen-Torn, Friedenberg), filant (dans 14 cas, de Bertheux, Berthon, Demaldant, Luc, Richet, etc.), fibreux (Seiffer, Hallauer), albumineux comme du blanc d'œuf

(Jeafferson, Higgens), analogue à du miel (Bark, Grossmann, Wirth-Madelung, Kuhnt), muqueux (Moreau, Rollet), visqueux (dans 24 cas de Farlow, Braunschweig, Richet, etc.), analogue à de la craie (Nietsch), à de la gélatine (Lichwitz, Rollet, Williams), à de la colle (Grossmann, Valude), à de l'empois (Kelling, Silcock), massif (Berger, Kuhnt).

Le plus souvent l'exsudat n'avait aucune odeur sauf dans les cas de Baber, Gerber, Higgens, Herzog, Proschnow, où il était fétide.

Des cristaux de cholestérine ont été retrouvés par Baber, Bellingham, Kelling, Schmidt, Garreau, Valude, de Lapersonne, Tellais, Peyrot, Berthon et Trombetta, de la graisse par Bellingham, Kelling, Hallauer, Garreau, Nietsch, Tellais, Eaton, etc. Des analyses chimiques multiples ont permis de reconnaître la présence d'albumines diverses et de dérivés albumineux nombreux, avec des débris épithéliaux en voie de dégénérescence, de globules blancs plus ou moins altérés, etc. Parfois on a retrouvé des bactéries pathogènes telles que bacille de Loeffler, pneumocoque, streptocoque, staphylocoque, mais peu fréquents, peu abondants et à virulence diminuée. Tout ceci prouve bien que dans la majorité des cas l'affection est une sinusite atténuée, affaiblie, en quelque sorte désinfectée. Parfois l'étiologie est tout autre que la théorie par atténuation et la théorie par rétention : il y a kyste comme dans les cas de de Lapersonne, ou kyste sanguin (Billroth, Valude, Bossalino). Enfin Mayer allègue la possibilité de kystes hydatiques ou même glandulaires. Pour terminer, Gerber indique des cas qui relèvent peut-être de l'hydropisie (Fischer, Lichtwitz, Engelmann, Peyrot).

Comme conséquence oculaire 108 fois il y a eu exophtalmie, 44 fois affection orbitaire ou oculaire, 52 fois lésion des annexes, 59 fois des symptômes seulement de compression occulaire. L'exposé des désordres observés par les oculistes le plus souvent est des plus complets comme énumération et renseignements bibliographiques. Ici, contrairement à ce qu'on observe parfois dans l'empyème du sinus frontal avec dilatation, pas de réaction symptomatique subjective, mais des phénomènes de compression du voisinage et des signes physiques bien connus. C'est même l'existence de cette compression avec tumeur apparente et cette absence de symptômes subjectifs et de phénomènes inflammatoires qui facilite le diagnostic que Gerber a tracé avec beaucoup d'exactitude et de netteté (tumeurs de l'orbite, ostéomes du voisinage). Comme traitement il n'y a que l'opération. Le lecteur trouvera à la fin de ce compendieux article sur la mucocèle de l'antre frontal avec dilatation, un index bibliographique extrêmement complet et dont l'utilité nous paraît ici comme autre part très appréciable surtout pour les commençants peu familiarisés avec le sujet. (*A suivre.*)

C. Chauveau.

II. — **Les maladies de l'oreille et leur traitement**, par le prof. Hartmann, directeur de l'établissement hospitalier Rodolphe

Virchow à Berlin 1908, chez Fischer (8e édition corrigée et notablement augmentée).

Certains ouvrages ont l'heureuse fortune de se vulgariser tout de suite dans le public médical, de passer pour ainsi dire de mains en mains, de nécessiter des éditions nombreuses et de conserver leur vogue durant un grand nombre d'années. Le traité d'otologie du prof. Hartmann est parmi ceux-ci. Il le doit aux qualités incontestables que l'auteur a su y déployer, telles qu'esprit clinique, clarté de l'exposition, concision, compréhension nette du but essentiellement utilitaire de l'art de guérir, érudition vaste et sûre mais point fatigante. Hartmann a exercé la plus heureuse influence non seulement sur ses auditeurs directs de Berlin, mais sur beaucoup des spécialistes allemands et sur bon nombre de ceux des pays voisins. Comme Lucae, comme Politzer, et quelques autres de sa génération, c'est un maître incontesté dont les œuvres sont consacrées pour ainsi dire par le temps. Ce respect bien dû à de longues années d'un travail infatigable ne nous aveugle pas au point que nous ne puissions être un juge impartial. Mais ici notre rôle ne comporte guère qu'un côté agréable : celui de constater avec quel soin Hartmann a su se tenir au courant. D'ailleurs cela n'a point lieu de surprendre, puisque chaque année l'écrivain fait dans un périodique bien connu la revue des progrès accomplis chaque année en otologie. A ce point de vue et sur un autre plan que celui de Blau, il a rendu à notre spécialité des services importants que nous croyons devoir ici rappeler.

Dès 1881, l'auteur s'était proposé un but éminemment pratique. C'était pour des cliniciens qu'il écrivait et il a su s'en souvenir. Prenant Trœltsch, Politzer, Urbantschitsch, Gruber, comme guides principaux, il sut insister sur les côtés de la symptomatologie, du diagnostic, du pronostic sur lesquels se fonde un traitement vraiment rationnel. Des portraits concis de malades, écrits d'un style alerte et vivant, lui parurent avec raison une cause fondamentale de succès. C'est pourquoi il délaissa, et il fit bien, le point de départ trop absolument anatomopathologique dont les conceptions physiologiques actuelles ont montré les exagérations. Il se contenta donc de ce côté, du strict nécessaire pour faire apprécier mieux, par exemple, l'importance du processus morbide. Quant aux considérations anatomiques et physiologiques, il crut devoir renvoyer le lecteur aux ouvrages spéciaux.

Pas non plus de discussions théoriques sur tel ou tel point d'un intérêt plus didactique qu'utilitaire. Ayant ainsi notablement allégé son plan, Hartmann a su et pu dire tout l'essentiel.

Dans l'édition actuelle, on trouve comme nouveautés le perborate, la pratique des recherches rhinoscopiques dans les maladies des oreilles, l'utilisation du fantôme pour l'instruction des élèves. L'auteur a fait connaître de plus une seringue aseptique, ainsi qu'une pince spéciale pour végétations adénoïdes. Le chapitre sur les symptômes labyrinthiques a été refondu d'après les recherches de Barany sur le mode de fonctionnement des canaux semi-circulaires. C'est bien entendu

le vertige et le nystagmus qui ont subi les plus profondes modifications.

Un chapitre bien intéressant et bien important aussi pour le médecin des écoles est celui que Hartmann a écrit sur l'examen auditif des petits écoliers et écolières. En Allemagne, la visite de ces jeunes sujets se fait plus régulièrement et d'une façon plus approfondie qu'en France. Mais, chez nous aussi, on y viendra, étant donné l'importance capitale de cette pratique dont tout le monde comprend aujourd'hui la nécessité. D'ailleurs, ce n'est pas à ce point de vue seulement que le praticien exerçant la médecine générale trouvera secours et lumière dans l'ouvrage de Hartmann. Celui-ci, qui a combattu efficacement pour l'obligation de l'enseignement de l'otologie, a justifié les mesures d'apparence un peu rigoureuses qu'il préconisait en rendant l'otiatrique assez facilement accessible au médecin de bonne volonté du moins pour tout ce qu'il lui importe de connaître. Le reste regarde naturellement ceux qui ont consacré toute leur vie à cette branche de la médecine.

Son historique de l'otologie est bien entendu le même que dans les éditions antérieures. Il en est de même des méthodes de diagnostic qui prennent une partie assez notable de l'ouvrage. La symptomatologie générale qui n'a guère été transformée est complète, mais moins développée que le chapitre précédent (bruits, vertiges, hyperesthésie, paracousie, diplacousie, paracousie de Willis, autophonie). Le paragraphe concernant l'étiologie et la prophylaxie des malades des oreilles contient quelques modifications ; il est toujours des plus intéressants à consulter. Ainsi, pour la fréquence, les statistiques de très nombreux auteurs sont citées (Reichardt, Weil, Bezold, Ostmann), ainsi que les propres recherches de Hartmann sur les enfants arriérés et idiots ; il y aurait plus de 20 % de sourds. Les affections de l'oreille externe prendraient 25 % du chiffre total dont 14 % pour les amas de cérumen.

Hartmann et Bezold auraient trouvé chez tous les sujets atteints de maladies diverses d'oreille une très forte proportion de tuberculeux. L'auteur ne se fait pas illusion sur les exagérations du public qui voit dans le refroidissement le facteur morbide par excellence de l'appareil de l'ouïe, mais d'après lui cette cause est incontestable et il cite des cas de labyrinthite ayant détruit l'ouïe avec une rapidité foudroyante chez des malades qui s'étaient couchés et endormis à l'air libre. D'ailleurs, avec une petite boulette en coton dans le conduit on échappe facilement, dit-il, aux perturbations atmosphériques ; les causes occasionnelles telles que coups, chutes, corps étrangers, blessure légère des téguments avec instruments septiques, etc. ont une influence bien connue, sur laquelle il est inutile d'insister. En réalité, le nez, la gorge seraient bien plus souvent en jeu que ces facteurs vulgaires. Chez l'enfant, les végétations adénoïdes, chez l'adulte les queues de cornet sembleraient le plus souvent à incriminer. Très importantes, dit Hartmann sont aussi les maladies générales et à ce sujet il cite des chiffres personnels

ou empruntés à divers auteurs. Il admet en outre l'influence du terrain héréditaire (nombreuses affections d'oreille chez les membres d'une même famille) ou acquis, mais sans parler des diathèses peu acceptées en Allemagne où l'on est surtout organicien.

Les maladies de l'oreille externe, du tympan n'attirent plus comme autrefois l'attention des otologistes; aussi leur part est-elle devenue ici des plus congrues; mais bien qu'élémentaire celle-ci est intéressante à parcourir ici parce que, chemin faisant, l'écrivain émet quelques vues personnelles sur l'allure du mal ou sur son traitement. Tout autre est l'étendue de l'ouvrage occupée par la description des maladies de la caisse, et tel est l'encombrement des matériaux que nous possédons sur le sujet qu'il faut louer Hartmann d'avoir fait un tri, d'avoir résolument mis en lumière les points importants en s'appesantissant beaucoup moins sur les autres. Grâce à cette méthode rigoureuse, il a pu exposer d'une façon suffisamment compréhensive leur histoire si vaste, notamment celle des complications intracraniennes. Le rôle thérapeutique n'a pas bien entendu été négligé. On sait qu'Hartmann s'est occupé spécialement du traitement de l'otite moyenne suppurée et de la carie des osselets. Sa sonde pour l'attique est bien connue. Sur l'otosclérose l'auteur se montre polygéniste, c'est-à-dire qu'à côté de la sclérose primitive il admet des formes sèches du catarrhe succédant à des inflammations banales. Aussi les catarrheux, les scrofuleux y sont spécialement, dit-il, prédisposés. A côté, existerait la capsulite primitive labyrinthique (Politzer, Siebenmann).

Sur le labyrinthe, dont la pathologie présente des lacunes si énormes, l'auteur sans se montrer précisément original a su donner un tableau exact de nos connaissances actuelles sur ce sujet encore si embrouillé. Au point de vue clinique l'auteur recourt surtout à Moos, Politzer, Lucae. Il admet la labyrinthite connue sous le nom de Voltolini, tout en pensant qu'il pourrait bien s'agir d'une méningite cérébro-spinale larvée dont ces lésions ont la marche foudroyante. D'autres fois, la labyrinthite aiguë coïncide avec une otite moyenne de même nature (Moos). C'est dans les affections des canaux semi-circulaires que l'écrivain décrit le syndrome classique de Ménière. Rappelons ici encore que pour les lésions de l'appareil de l'espace et de l'équilibre il utilise exclusivement les données de l'école de Vienne (Mach, Barany). Terminons en disant qu'Hartmann a décrit assez longuement la surdi-mutité; il insiste sur l'étiologie, la pathogénie et surtout sur les nouvelles méthodes de traitement telles que lecture de la parole sur les lèvres, rééducation de l'oreille, etc.

C. Chauveau.

III. —**Physiologie de la voix et de la parole**, par Hermann Gutzmann (Braunschweig, chez Vieweg et Sohn).

Le présent ouvrage, dit l'auteur dans la préface, n'a pas la prétention d'être un exposé général de la physiologie de la voix et de la parole. Ce n'est pas non plus d'un traité de physiologie vocale qu'il

s'agit, mais bien d'un ouvrage de compilation et de critique scientifique destiné à nous renseigner sur l'état actuel de la question. L'auteur s'est proposé de rendre compte aux physiologistes, aux psychologues, aux phonéticiens et linguistes, aux médecins spécialistes, aux professeurs de sourds-muets, de chant et de diction, des progrès réalisés, en ces derniers temps, dans le domaine de la physiologie vocale, en général, de la phonétique expérimentale en particulier.

L'ouvrage est divisé en deux parties. Dans la première, intitulée : *Physiologie de la respiration et de la voix*, l'auteur résume les connaissances physiologiques jusqu'ici acquises sur les divers modes respiratoires, sur la formation de la voix parlée et chantée. Il consacre des chapitres spéciaux aux qualités physiques des sons de la voix, aux registres vocaux, à l'attaque des sons, à la pose et aux différentes variétés de la voix chantée.

Le tout est exposé avec une grande clarté et une parfaite simplicité de langage, qualités que l'on ne rencontre que trop rarement chez les auteurs allemands.

La seconde partie de l'ouvrage est consacrée à la physiologie des sons du langage, autrement dit à la phonétique physiologique expérimentale. Après une description anatomique des organes de l'articulation l'auteur, avec une impartialité qui lui fait le plus grand honneur, expose les différents procédés employés pour l'analyse physique et physiologique des voyelles et des consonnes : méthode graphique, méthode optique, méthode acoustique.

L'ouvrage est richement illustré par une centaine de figures de toute beauté et plusieurs tableaux de tracés graphiques et photographiques, ce qui rend la lecture du livre particulièrement attrayante et facile.

Les publications du Dr Gutzmann, de Berlin ont toutes — et elles sont nombreuses — une réelle valeur scientifique ; celle que nous avons sous les yeux constitue à notre avis, un véritable chef-d'œuvre de clarté, de précision, d'impartialité scientifique, et elle s'impose à tous ceux qui de près ou de loin s'intéressent à l'une ou à l'autre des ramifications de la science du langage.

Ad. Zünd-Burguet (de Paris).

IV. — **Manuel de laryngologie**, par G. Garbini, docent de laryngologie à l'Université royale de Messine.

Conçu sous une forme simple et claire, ce petit ouvrage offre aux médecins et aux étudiants des renseignements suffisants sur ce qu'il est utile de savoir en laryngologie : c'est un excellent livre d'enseignement et de vulgarisation. On n'y trouvera point de longues pages sur l'historique, l'anatomie pathologique et la bibliographie : ce sont points inutiles en clinique pure. On y verra au contraire exposés d'une façon concise et cependant complète l'étiologie, la symptomatologie, le diagnostic et la thérapeutique de chaque maladie. Le médecin qui est obligé de savoir de tout un peu trouvera dans ce

vade-mecum une excellente occasion de se familiariser avec la laryngologie.

Dans une première partie sont étudiées l'anatomie et la physiologie. Rares sont les étudiants qui au cours de leurs travaux anatomiques ont disséqué des larynx, rares aussi sont ceux qui pourraient parler des rapports de cet organe, de son fonctionnement délicat. La laryngologie n'était pas science officielle et l'éducation spéciale se faisait d'une façon insuffisante. Les grands traités d'anatomie donnent trop de détails : dans un manuel, il n'y a que les données nécessaires et le chapitre d'anatomie et de physiologie du larynx dans l'ouvrage de Garbini permettra de se faire une idée exacte de la constitution de l'organe vocal et des modifications qu'il affecte suivant l'âge.

Le diagnostic d'une maladie du larynx est chose compliquée : parce que nombreux sont les symptômes qui la caractérisent, et parce qu'il est impossible, sans l'examen laryngoscopique. Ce chapitre de sémiotique du larynx permet à l'auteur d'exposer les différentes méthodes d'examen : les sources de lumière, directe ou indirecte, les miroirs, la façon de présenter le malade, l'aspect laryngoscopique, l'autoscopie, la méthode d'Escat chez les enfants. Quelques lignes sont consacrées à la trachéoscopie et à la bronchoscopie.

Le chapitre III s'occupe de la thérapeutique générale du larynx. L'asepsie est indispensable dans toutes les manœuvres laryngoscopiques. On le conçoit aisément à cause du milieu dans lequel évoluent les instruments. D'où la nécessité de surveiller la propreté des miroirs, des porte-ouates, des pinces, etc., en les antiseptisant dans des solutions de lysol, de lusoforme, de phénosalyl ou de formol. Une bonne précaution consisterait à établir, au moyen d'un signe spécial des miroirs pour les maladies transmissibles : syphilis, tuberculose, etc., ou mieux de munir chaque malade de son miroir.

L'anesthésie permet de pratiquer dans le larynx examens et manœuvres opératoires, sans provoquer ces spasmes réflexes violents et impressionnants : la cocaïne en badigeonnages ou en pulvérisations reste encore le meilleur agent à employer.

Les médicaments sont portés dans le larynx par les pulvérisations, inhalations, insufflations, badigeonnages, injections intra-laryngiennes et intra-trachéales. Plus directs et plus actifs sont les attouchements caustiques. L'électricité s'emploie en courants faradiques et galvaniques ou en cautérisations. Le massage manuel et vibratoire sont encore de bons moyens thérapeutiques. Mais le traitement local n'est pas tout dans les soins à donner au larynx : il faut aussi diriger son action sur l'état général et l'hygiène. Garbini s'élève contre l'abus des foulards.

Maladies aiguës. — Après cet exposé rapide des moyens mis en œuvre pour connaître un larynx, commencent les chapitres de pathologie pure. Dans la première partie sont passées en revue les maladies aiguës de l'adulte et de l'enfance. Une différenciation doit être faite

en effet entre les affections des adultes et celles de l'enfance en raison des caractères tout à fait spéciaux de la symptomatologie objective et subjective selon l'âge.

La laryngite catarrhale aiguë est l'apanage des débiles, des rhumatisants, des gens atteints de rhinite et pharyngite chronique, des professionnels de la voix, des fumeurs, des alcooliques. Ceux qui portent des foulards y sont très exposés. Des causes irritantes externes peuvent la provoquer. Raucité de la voix, douleur du larynx, toux sèche sont les symptômes de cette affection qui après une période d'acuité tombera peu à peu. Le repos, les sudations, les inhalations chaudes et sédatives, balsamiques, les inhalations de chlorure de sodium ou de benzoate de soude à 2 : 100, ou d'acide phénique à 2 : 1000, en viendront à bout. Ne pas employer de badigeonnages à cette période aiguë.

Plus rare, plus inquiétante et plus tenace est la laryngite aiguë sous-glottique.

La laryngite hémorragique n'est qu'une forme de la laryngite aiguë caractérisée par une expectoration sanguinolente justiciable du même traitement et d'une médication locale astringente.

Les pulvérisations locales d'adrénaline et de cocaïne, l'ergotine en potion ou en injection sont à recommander.

Les efforts exagérés dans l'émission de la voix peut produire cette affection bien décrite par Moure sous le nom de rupture du thyro-aryténoïdien. Une douleur vive au larynx, l'impossibilité immédiate de chanter sont les symptômes principaux. Au laryngoscope, on voit la corde assez tuméfiée, triplée de volume, de surface irrégulière. Le repos absolu de l'organe est la condition essentielle du traitement; des inhalations, des fomentations chaudes au cou au début, des attouchements astringents, nitrate d'argent ou chlorure de zinc, sont les compléments nécessaires. Malheureusement le malade est condamné pendant quelques années à ne pas se servir de son organe vocal.

Les aliments et les boissons trop chaudes peuvent causer de l'épiglottite, maladie qui se traduit par de la dysphagie, de la dysphonie, de la douleur du cou. Traiter cette affection par les gargarismes et bains de bouche émollients (borax). Glace intus et extra. Surveiller la possibilité d'œdème suffocant.

Il peut se produire au larynx une infiltration séreuse du tissu sous-muqueux du larynx qui affecte l'aspect d'une laryngite phlegmoneuse dont la symptomatologie des plus graves nécessitera des interventions hâtives. Le streptocoque peut donner naissance aussi à des phénomènes objectivement et subjectivement semblables et à cet érysipèle du larynx sont applicables les mêmes principes thérapeutiques qu'à toute laryngite phlegmoneuse.

L'abcès du larynx est quelquefois l'aboutissant de la maladie précédente, mais de nombreuses causes aussi peuvent le produire : les périchondrites, les maladies infectieuses et dyscrasiques; le froid, les inflammations du voisinage, les traumatismes. La fièvre plus ou

moins intense, la douleur avec irradiation à l'oreille, la dysphagie, une toux pénible constituent les symptômes subjectifs les plus frappants. L'abcès occupe ou les bandes ventriculaires ou la face laryngée de l'épiglotte, ou les plis ary-épiglottiques ou la région sous-glottique. La chirurgie endo-laryngée, sous contrôle laryngoscopique en est le plus souvent le traitement.

De symptomatologie à peu près semblable sont la périchondrite et la chondrite aiguë.

L'étude consacrée à l'œdème du larynx est plus étendue. Les auteurs ont tendance à baptiser de ce nom des états morbides qui diffèrent totalement soit par leur cause, soit par leur marche clinique : c'est à vrai dire l'infiltration séreuse du tissu sous-muqueux. Primitif, il est causé par le froid avant tout, la chaleur, la fatigue vocale, etc. ; secondaire, il est consécutif aux lésions du voisinage ou d'organes voisins. Le symptôme dominant est la laryngosténose ou subite, ou progressive. Autour de lui gravitent les phénomènes habituels des laryngopathies. Au laryngoscope, on voit un bourrelet globuleux, tendu, translucide, grisâtre, de volume variable, à siège variable. La marche est variable, le pronostic réservé. La thérapeutique consistera à faire de la révulsion, des pulvérisations de tannin et de cocaïne et adrénaline.

La sangsue au-devant du cou est un bon moyen chez les sujets vigoureux. On pourra être obligé de recourir soit aux scarifications et même à la trachéotomie ou à l'intubation.

D'évolution plus rapide, l'œdème angio-névrotique, trouble vaso-moteur produit en une demi-heure de la laryngosténose avec menace d'asphyxie. Il va peu à peu en décroissant, en se manifestant cependant au visage et au thorax. Traitement identique à l'œdème aigu. Les aphtes, l'herpès sont des affections assez rares du larynx justiciables du traitement que l'on applique à ces manifestations, au pharynx, à la bouche.

Le larynx, par sa position, par la nature de son tissu lâche et de sa muqueuse est très souvent le siège de manifestations inflammatoires au cours des maladies infectieuses aiguës.

L'influenza et le typhus surtout occasionnent ces laryngites aiguës secondaires.

Les formes catarrhales, infiltro-œdémateuses, ulcéreuses et une forme myopathique rare avec légère paralysie et spasme sont assez fréquentes dans l'influenza.

Les complications laryngées de la fièvre typhoïde peuvent apparaître vers la fin de la deuxième semaine ou dans la convalescence : ces dernières sont les plus graves. Les manifestations morbides vont du simple érythème de la muqueuse jusqu'aux ulcérations avec œdème. Bénigne dans la phase catarrhale et érythémateuse, la maladie est grave dans la forme ulcéreuse. Aux formes catarrhales conviennent les inhalations émollientes et antiseptiques ; aux formes ulcéreuses, il faut opposer des pulvérisations phéniquées, benzoatées, salicylées, ou si c'est possible même des attouchements et des insufflations d'iodoforme.

Un mot sur une affection rare, l'arthrite rhumatismale du larynx, localisée à l'articulation crico-aryténoïdienne ou plus rarement à la crico-thyroïdienne. Douleur vive, spontanée et provoquée. La région articulaire est rouge, la corde vocale correspondante est rouge et immobilisée plus ou moins dans la portion médiane. Donner du salicylate de soude ; faire de la révulsion externe.

Pour des causes anatomiques, c'est-à-dire par le fait de l'étroitesse du larynx, les symptômes morbides acquièrent chez l'enfant un caractère plus impressionnant et partant plus grave. C'est surtout la respiration qui est le plus intéressée : l'anxiété respiratoire, l'anoxhémie, la cyanose de la face, la raucité, la suffocation sont le cortège de la laryngite aiguë. Le pronostic est favorable parce que la médication révulsive, les inhalations ont prise sur cette affection. Mais d'un caractère autre est le laryngisme striduleux, spasme glottique des adducteurs, sorte de névrose réflexe. On sait la soudaineté de l'accès vers 11 heures à 2 heures la nuit, la dyspnée, la toux aboyante sèche : puis la reprise du sommeil et la disparition totale des phénomènes le matin au réveil. Mais il est des cas où les choses ne se passent pas aussi simplement : il y a complication de sécrétions trachéales, nasales et l'accès se répète. Il y a le traitement de l'accès : révulsion au-devant du cou ; quelquefois, la traction de la langue hors des arcades dentaires ou l'irritation du rameau auriculaire du vague avec un petit pinceau introduit dans le fond du conduit auditif comme le conseille Grazzi. Donner le jour après, du bromure. Après l'accès, rechercher les causes probables : adénoïdes, amygdales, rhinite et en faire le traitement.

Le faux croup ou laryngite striduleuse a droit à un chapitre plus long. En quelques lignes sont dépeintes les causes de cette inflammation aiguë de la muqueuse du larynx, sa localisation à la région hypoglottique. Les enfants débiles, lymphatiques, adénoïdiens, rhino-pharyngiens y sont très prédisposés. Un malaise avec fièvre, inappétence annonce le début. Un léger stridor laryngien est le cri d'alarme de cette affection qui va en croissant, donne des accès de suffocation qui se répètent très fréquemment. La toux et la voix rauque accompagnent la scène. La durée moyenne de la maladie est de deux semaines. L'examen laryngoscopique est très difficile. Il faut établir le diagnostic avec le vrai croup. Le pronostic est réservé, quoique assez favorable en raison des complications bronchitiques ou pulmonaires probables. Le meilleur traitement dans la première période est la glace au-devant du cou : elle est antiphlogistique et calmante du spasme. Mais la tolérance varie selon les individus. A certains en effet conviennent mieux les cataplasmes humides chauds. Les inhalations balsamiques ou salées sont à prescrire. L'émétique, l'ipéca, le bromure sont donnés en potion. La trachéotomie ou mieux l'intubation sont des moyens auxquels on pourra avoir recours.

Le diagnostic de cette affection avec le croup ou laryngite pseudo-membraneuse nécessitait une étude complète de cette dernière maladie. Due au bacille de Klebs-Löffler, cette maladie, une des plus

graves de l'enfance, est infectieuse, épidémique, contagieuse. Le bacille spécifique produit une tuméfaction de la muqueuse laryngée avec exsudat fibrineux stratifié (fausse membrane) et de graves phénomènes d'intoxication générale. Distinguons suivant sa localisation le croup primaire (au larynx exclusivement) secondaire ou descendant et l'ascendant (à début trachéal). L'évolution se fait en 3 phases : a) catarrhale ou de dysphonie, *b*) exsudative ou de dyspnée, *c*) sténosique ou d'asphyxie. Le diagnostic se fera sur la constatation des fausses membranes et leur examen microscopique. Le traitement réside en grande partie dans l'emploi aussi précoce que possible du sérum de Behring-Roux. Il existe un autre sérum bivalent qui agit à la fois sur les toxines et sur les germes spécifiques. La rougeole et la scarlatine pour ne citer que deux des maladies exanthématiques les plus fréquentes donnent aussi des phénomènes d'irritation laryngée variables d'intensité et d'aspect, de la forme catarrhale simple à la pseudo-membrane et à l'ulcération.

L'abcès du larynx est rare chez l'enfant : il peut être endolaryngé, sous-muqueux, consécutif au croup ou péri-trachéo-laryngien primitif ou secondaire au croup. L'asphyxie qui domine la scène nécessite l'intervention qui sera en même temps le diagnostic difficile à cause de la ressemblance de tous les phénomènes d'occlusion du larynx. La trachéotomie en ce cas vaut mieux que l'intubation.

Quelquefois il existe au larynx des troubles de brûlure, un peu de dyspnée dus à la présence du muguet venu des régions sous-jacentes. (*A suivre.*)

H. Massier (de Nice).

V. — **Précis des maladies de l'oreille, du nez, du pharynx et du larynx**, par Lannois, avec la collaboration de F. Chavanne et C. Ferran (2 volumes de la collection Testut, formant 1700 pages avec 445 figures ; chez Doin, éditeur (*fin*)).

L'étude des **maladies du pharynx** a également reçu un développement particulier que justifie la clinique. Cette partie de l'art médical est actuellement une des mieux étudiées ; aussi nous contenterons-nous d'indiquer succinctement les grandes lignes de l'ouvrage.

Après un rappel *anatomique* et *physiologique* conforme au plan général, l'*examen du pharynx* est brièvement décrit.

Le chapitre des *angines*, si polymorphes et si diverses d'aspect, débute par une étude générale concernant l'étiologie et le traitement. Un premier classement distingue les angines superficielles, profondes et totales. Les premières comprennent les *angines catarrhales* avec leurs diverses localisations : palatine, pharyngée, linguale et diffuse, idiopathique ou symptomatique (grippe, scarlatine); les *angines vesiculeuses* telles que l'herpès pharyngé et les angines symptomatiques de la variole, de la varicelle, des aphtes ; et les *angines pseudo-membraneuses* qui se distinguent en angine diphtérique, simple ou combinée, et angines diphtéroïdes. Les *angines profondes ou phlegmoneuses*, peuvent siéger sur chacune des trois

amygdales : palatine, pharyngée, linguale ; en font également partie les abcès chauds rétro-pharyngiens et latéraux pharyngiens.

Les *angines totales* intéressent tous les tissus du pharynx : ce sont le phlegmon diffus péri-pharyngien et la gangrène du pharynx. Viennent ensuite l'*amygdalite ulcéro-membraneuse* et le *pemphigus aigu du pharynx*.

Le vaste groupes des *pharyngites chroniques* est l'objet d'une description détaillée dont nous ne donnerons que le plan général. La *pharyngite catarrhale chronique généralisée* est divisée en diffuse, hypertrophique et atrophique à laquelle est rattachée la pharyngite ozéneuse. Des paragraphes spéciaux sont consacrés à l'*hypertrophie de l'amygdale palatine*, aux *granulations pharyngées*, aux *végétations adénoïdes* dont le côté opératoire est particulièrement soigné, à l'*hypertrophie de l'amygdale linguale*,à l'*amygdalite cryptique catarrhale*, *ulcéreuse*, au *catarrhe naso-pharyngien*, aux *calculs de l'amygdale ;* à noter que l'auteur range à bon droit les affections du cavum dans les maladies du pharynx.

Sous le titre d'*affections chroniques spécifiques* sont décrits successivement : la *syphilis*, dont la localisation pharyngée est particulièrement fréquente aux différentes périodes ; la *tuberculose* dans sa forme aiguë, chronique et lupique ; l'actinomycose, la morve, brièvement décrits.

Les *tumeurs* peuvent siéger au niveau de chaque portion du pharynx. Dans les tumeurs du naso-pharnx, à signaler les *polypes fibro-œdémateux*, analogues aux polypes ordinaires des fosses nasales et les *fibromes ou polypes naso-pharyngiens*, minutieusement étudiés. Les *tumeurs du voile* sont bénignes, mixtes ou malignes. Les *tumeurs de l'amygdale palatine* se distinguent en bénignes et malignes, de même que celles de l'*amygdale linguale*.

Les chapitres suivants sont consacrés aux *corps étrangers*, aux *brûlures*, aux *ectasies vasculaires*, aux *hémorragies* surtout opératoires, aux *malformations* du pharynx, parmi lesquelles il faut signaler l'*insuffisance vélo-palatine* et la *division congénitale du voile*, et enfin aux *troubles nerveux du pharynx* qui comprennent les *paralysies* et notamment l'hémiplégie vélo-palatine, les *dysesthésies* dans lesquelles se range la question à l'ordre du jour des paresthésies pharyngées, et les *spasmes* du pharynx.

*
* *

La **laryngologie**, due à la plume de C. Ferran, termine l'ouvrage. Tout en affectant les limites plus étroites d'un manuel, cette partie contient les détails essentiels, clairement exposés, et donne une notice suffisante des maladies de l'organe phonateur. Sa lecture intéressera particulièrement le débutant qui y trouvera les éléments laryngologiques.

A la suite des *considérations anatomiques et physiologiques*, l'auteur insiste sur l'*exploration physique* et notamment l'examen direct. La *thérapeutique générale* rassemble les diverses méthodes

de traitement applicables aux affections laryngées : inhalations, pulvérisations, insufflations, badigeonnages, renvoyant les interventions plus importantes au chapitre de la chirurgie laryngée.

Sous le titre de : *troubles de la circulation laryngée* sont passés successivement en revue, l'anémie, l'hyperhémie, l'hémorragie et l'œdème du larynx, primitif ou secondaire.

Les *laryngites aiguës* comprennent tout d'abord la laryngite catarrhale aiguë, caractérisée par la brièveté et la bénignité de son évolution ; l'épiglottite ; la laryngite striduleuse, bien connue en général ; les abcès du larynx. Un paragraphe spécial est consacré aux diverses formes de *laryngites infectieuses* : grippale, rubéolique, scarlatineuse, variolique, érysipélateuse ; les localisations laryngées de la fièvre typhoïde sont distinguées en laryngite catarrhale, laryngotyphus caractérisé par l'existence de lésions ulcéreuses, la laryngite ulcéro-membraneuse, et les troubles myopathiques. Les *laryngites à fausses membranes* sont distinguées en non-diphtériques et en diphtériques ou croup dont les points essentiels sont bien connus actuellement. Une rapide étude de la laryngite aphteuse et de la laryngite rhumatismale termine le chapitre des inflammations aiguës laryngées.

Les *laryngites chroniques* sont l'objet d'une division assez personnelle en laryngite catarrhale simple, granuleuse, hypertrophique, et sèche ou atrophique.

La *tuberculose laryngée*, sur laquelle tant de travaux importants ont paru au cours des dernières années, est étudiée dans ses deux formes aiguë et chronique ; un paragraphe spécial est consacré au lupus laryngé.

La *syphilis du larynx*, si importante en raison de sa fréquence et de sa gravité, est décrite aux différentes périodes de l'infection syphilitique, y compris l'hérédo-syphilis laryngée.

Quelques lignes sont consacrées à la *lèpre* du larynx, exceptionnelle en nos pays.

On doit approuver l'étude des *tumeurs* du larynx, bénignes (polypes, éversion ventriculaire, nodules, laryngocèle) et malignes (cancer du larynx).

Les *corps étrangers* du larynx et des voies aériennes sont l'objet d'un paragraphe spécial.

Une courte étude est consacrée aux divers *traumatismes* du larynx : contusions, plaies, fractures. A signaler l'absence d'un chapitre sur les *sténoses laryngées*.

Le chapitre consacré aux *troubles nerveux du larynx* est substantiel et d'une clarté suffisante pour un sujet particulièrement difficile. Sont successivement étudiés les troubles moteurs, paralytiques et spasmodiques ; les troubles sensitifs ; l'ictus laryngé, et les troubles hystériques (aphonie nerveuse) d'une telle importance pratique.

Un chapitre assez développé réunit sous le titre de *chirurgie laryngée* les diverses interventions qui se pratiquent par la voie naturelle (et notamment l'ablation des tissus et tumeurs laryngées,

l'extraction des corps étrangers, le tubage, la dilatation) et par la voie externe (trachéotomie, laryngotomie, laryngostomie et laryngectomie). Le chapitre illustré de nombreuses figures, est un des mieux venus et des plus utiles.

Une étude générale réservée aux *maladies et à l'hygiène de la voie parlée et chantée* termine de la meilleure façon la partie laryngologique.

*
* *

Telles sont, brièvement esquissées, les grandes lignes de cet important ouvrage dont la lecture intégrale pourra seule donner une idée complète. Illustré de nombreuses figures et de schémas ingénieux qui complètent heureusement le texte et facilitent la compréhension des passages difficiles, ce précis réunit très complètement l'ensemble de nos connaissances actuelles en oto-rhino-laryngologie et nous semble appelé à un succès durable.

Ainsi s'achemine vers sa réalisation le vœu que formulait récemment Lermoyez, en une occurrence analogue, que les diverses écoles de province s'attachent à faire connaître leurs méthodes et leur enseignement. Grâce à l'ouvrage de M. Lannois, l'école lyonnaise, déjà affirmée en spécialité, par les travaux de Garel, de Collet, peut faire actuellement bonne figure devant l'école de Toulouse et l'école de Bordeaux et poursuivre résolument l'œuvre de décentralisation oto-rhino-laryngologique. A. Perretière (de Lyon).

VI. — **Maladies du nez, de la gorge et des oreilles. Médecine et chirurgie**, par William Lincoln Ballenger, professeur à l'Université de l'Illinois (Illustré de 471 gravures et 16 planches; Lea et Feliger, Philadelphie et New-York, 1908) (*suite*).

Les sinusites et leur traitement sont étudiées fort en détail.

L'auteur conserve la classification d'Hajek en deux groupes : le groupe antérieur comprenant les sinus fronto-ethmoïdaux et maxillaires; le groupe postérieur comprenant les cellules ethmoïdales postérieures et sphénoïdales. En réalité, de par ses rapports dentaires, le sinus maxillaire présente seul une individualité clinique presque entière, les autres sinus sont rarement pris isolément.

Chaque sinus est ensuite étudié à part avec un grand nombre de schémas correspondant à la diversité de leurs formes et de leurs rapports. De très bonnes figures rendent cette étude très claire. La symptomatologie des affections sinusales est brièvement, mais complètement indiquée. Suivant l'auteur, et malgré l'opinion courante, la sinusite maxillaire serait moins fréquente que les autres. La difficulté considérable à faire un examen très précis de régions peu accessibles, surtout au cas d'hypertrophie des cornets ou de déviation de la cloison, explique qu'il en soit ainsi.

Le diagnostic de la sinusite, de sa forme clinique, est donné sous forme de résumés des cas les plus fréquemment observés : sinusite

unilatérale avec ou sans écoulement purulent du nez, sinusites compliquées, sinusites maxillaires, etc.

L'étiologie générale des affections sinusiennes est celle qui a été exposée à l'occasion des rhinites; l'absence ou l'insuffisance de ventilation et de drainage de ces cavités est la notion prépondérante. Parmi les autres facteurs prédisposant aux infections, les tamponnements prolongés ou pansements du nez sont à redouter. La tuberculose et la syphilis sont les affections spécifiques les plus fréquentes. L'anatomie pathologique doit être basée beaucoup plus sur les observations cliniques que sur les examens faits sur la table d'autopsie.

Il est important de se souvenir des points de moindre résistance des parois sinusiennes qui sont pour le sinus frontal la paroi inférieure, pour le sinus maxillaire la paroi nasale au niveau du méat moyen, pour les sinus ethmoïdaux les parois nasales et au contraire pour le sinus sphénoïdal le toit. Parmi les modes d'examen des sinus, la radiographie, lorsqu'elle est prise suivant des règles précises, données par l'auteur, rend de grands services. Un schéma montre la meilleure disposition à donner au malade et au tube de Roentgen. Les manifestations subjectives douloureuses sont énumérées et discutées, les relations des yeux et des cavités sinusiennes emprunteraient la voie veineuse; les oreilles, par l'intermédiaire des trompes d'Eustache, peuvent s'associer aux processus infectieux produisant du pus au niveau de l'épipharynx.

Un traitement logique des sinusites doit d'une part assurer un drainage libre, d'autre part comporter la suppression des portions morbides. Alors que dans la sinusite aiguë catarrhale des pulvérisations d'adrénaline, de cocaïne, d'huile mentholée, des bains de lumière électrique peuvent être complètement efficaces, le traitement de la sinusite catarrhale chronique est beaucoup plus ingrat. Un curetage des cellules ethmoïdales, une turbinotomie ou telle autre intervention analogue est nécessitée.

Dans le cas de sinusite chronique suppurative frontale simple, le lavage du sinus est souvent très efficace. Le lavage du sinus sphénoïdal est parfois possible avec la canule de Myle ou même avec un simple cathéter. Le lavage du sinus maxillaire est courant. L'auteur donne la technique de ces diverses irrigations, mais il ne faut pas oublier que celles-ci sont le plus souvent insuffisantes par elles-mêmes. Quelques mots indiquent la technique de la méthode de Bier dans son application aux affections sinusiennes.

Dans la presque totalité des cas, l'on doit avoir recours à une intervention chirurgicale, mais avant tout, il faut s'attaquer à la région de la bulle ethmoïdale, véritable « clef » ou « aire vicieuse » de la région. Étant le plus fréquemment la clef étiologique, c'est aussi la clef du traitement. La première règle est donc de faire disparaître une obstruction qui siégerait à ce niveau.

D'autre part la pratique a démontré qu'après une opération intranasale préliminaire, une cure radicale sinusienne serait plus souvent

passible de complications cérébrales. Il faut donc espacer les deux interventions en laissant entre elles un intervalle de plusieurs jours ou même plusieurs semaines.

Les interventions intranasales ayant pour objet les sinus frontaux maxillaires et ethmoïdaux antérieurs et postérieurs sont minutieusement décrites avec de nombreuses figures.

Le sinus frontal peut être abordé par voie intranasale.

L'auteur se félicite des succès qu'il a obtenus en se contentant de réséquer le cornet moyen en telle portion déterminant une obstruction au niveau de la bulle ethmoïdale et en curetant ensuite les cellules ethmoïdales antérieures.

L'opération de Halle est indiquée si la méthode précédente, ce qui est rare, n'a pas donné de résultats satisfaisants; on sait qu'elle consiste à trépaner le plancher du sinus frontal.

La voie externe est parfois indiquée, parmi les méthodes exposées par l'auteur : méthode de Hajek et Luc, méthode de Kuhn modifiée ou non par Luc, méthode de Killian; c'est cette dernière qui lui paraît préférable.

La sinusite maxillaire est justiciable parfois de la désobstruction simple siégeant au niveau de la bulle ethmoïdale. La ponction de la paroi nasale et les lavages subséquents, la résection d'une portion de la cloison sinuso-nasale (opération de Vail); un procédé de l'auteur consistant dans la résection de la moitié antérieure du cornet inférieur à l'aide de son turbinotome coudé, puis dans la perforation et la section de la paroi sinusonasale avec le même instrument suivant une ligne rectangulaire en partant de l'extrémité inférieure et postérieure de façon à faire de toute la paroi susdite un lambeau ne tenant plus que par la ligne d'insertion de sa base, et que l'on résèque d'arrière en avant en réintroduisant l'instrument au premier point de départ et en suivant le plancher nasal, s'aidant s'il le faut d'une pince coupante si la paroi est trop dure; telles sont les méthodes intranasales exposées.

Les interventions par voie extranasale sont nombreuses : voie alvéolaire, voie antérieure qui comprend les procédés de Küster, Caldwell-Luc, de Denker pour les cas de sinusite persistante. Celle-ci consiste, après avoir ouvert le sinus comme dans le Caldwell-Luc à compléter l'ouverture de l'angle antérieur et adjacent au nez du sinus rendant ainsi accessible à la curette toute sa cavité.

Un autre procédé radical est celui de Jansen qui estime que lorsqu'un sinus est pris, tous les sinus du même côté sont plus ou moins atteints. Conséquemment, il combine le Caldwell-Luc avec le curetage des cellules ethmoïdales et sphénoïdales, mais en utilisant pour le faire la voie antrale. Outre que ce n'est point toujours possible, de nombreuses raisons font que les voies habituelles sont préférables quitte à compléter le traitement des cellules ethmoïdales et sphénoïdales par un Caldwell-Luc, s'il est nécessaire.

Lorsqu'une inflammation ou une suppuration persistante de la muqueuse qui recouvre tout le groupe des cellules sinusales ne

cèdent pas aux simples méthodes de traitement, il peut être indiqué de faire une exentération complète (c'est-à-dire aussi complète que possible) des cellules ethmoïdales par voie intranasale : après anesthésie locale, l'auteur résèque le cornet moyen avec un bistouri courbé qu'il a imaginé dans ce but et complète son opération à la curette.

Dans les cas de suppuration chronique compliquée de polypes, l'auteur conseille de recourir à sa méthode d'enlèvement en masse des cellules ethmoïdales et du cornet moyen; de même, dans les cas de formation persistante de synéchies entre le septum et la paroi nasale externe du nez après des opérations incomplètes. Elle ne paraît pas sans danger entre toutes les mains.

Après anesthésie locale, l'auteur introduit un bistouri coudé à angle droit au niveau de l'insertion postérieure de cornet moyen, il remonte en la sectionnant jusqu'au toit nasal et, le suivant, rase en quelque sorte la base du crâne à ce niveau.

Il introduit ensuite un bistouri courbe et sépare de l'orbite la masse délimitée par la première incision. A l'aide d'une pince il retire le tout. Le patient doit rester alité de un à trois jours. Des applications d'une solution ichtyolée à 10 % préviennent l'infection. Puis il fait des applications de glycérine ichtyolée à 10 %, cautérisations des bourgeons à l'acide chromique si cela est indiqué.

Au cas où il existe une nécrose très étendue et des polypes ethmoïdaux, s'il est nécessaire d'avoir une large voie d'accès, la méthode de Moure est excellente.

Quelques figures illustrent les lignes consacrées par l'auteur à la trépanation du sinus sphénoïdal par voie intranasale à l'aide de la pince sphénoïdale coupante de Smittnison ou des crochets de Myle.

Les névroses nasales sont très rapidement passées en revue par l'auteur : les troubles de l'olfaction ne sont qu'énumérés. La fièvre des foins est plus longuement traitée, mais sans données nouvelles, les hydrorrhées nasales et d'origine cérébrale sont décrites d'après l'étude que Saint-Clair Thompson en a faite.

Les néoplasmes du nez sont bénins ou malins. Parmi les premiers les myxomes sont les plus fréquents et dus le plus souvent à une sinusite, le polype enlevé, la sinusite doit être traitée. Le papillome est assez rare.

L'opération de Langenbeck dans le cas de fibrome est indiquée.

Parmi les tumeurs malignes, le carcinome, suivant l'auteur, ne doit pas être opéré sinon tout à fait à son début; le carcinome est justiciable de l'opération d'Ollier.

A propos des corrections des malformations nasales extérieures l'auteur résume les cas où les injections de paraffine peuvent être utiles et en donne la technique.

L'auteur résume très brièvement en un même chapitre la symptomatologie et le traitement de la tuberculose du nez, du pharynx, du larynx et des oreilles et de la syphilis de ces mêmes régions; il indique les traitements connus. De même pour l'actinomycose.

La seconde partie du traité est consacrée aux affections du pharynx et des amygdales.

Les végétations adénoïdes sont surtout causées par l'irritation et l'infection consécutive aux fièvres éruptives, il semble qu'une prédisposition familiale puisse être parfois mise en évidence. La description histologique de ces formations, la symptomatologie locale et générale à laquelle elles donnent lieu, l'importance qu'il y a à en débarrasser leur porteur et la technique opératoire sont suffisamment décrites. L'auteur s'arrête peu aux diverses formes de pharyngites. L'hypertrophie de la luette peut quelquefois nécessiter sa section, l'auteur cite un curieux cas d'élasticité de cet organe.

Après être passé brièvement sur l'abcès rétropharyngien, les troubles nerveux : névroses et paralysie du pharynx sont énumérés avec quelques-uns de leur caractères.

Cliniquement, il n'y a guère à distinguer entre la malignité du carcinome et du sarcome.

Le traitement par injections de trypsine de ces tumeurs aurait été suivi d'amélioration passagère, mais il ne doit pas faire perdre de temps et retarder une cure chirurgicale possible.

Dans les cas inopérables, l'excision de la carotide externe et de ses branches aurait donné quelques résultats encourageants.

Les amygdales, organe de défense, peuvent devenir des portes d'infection. La question des rapports étiologiques de la tuberculose a attiré l'attention sur elles. Ce qu'actuellement on peut dire, c'est qu'il y a des amygdales tuberculeuses, qu'on a pu mettre en évidence, des bacilles dans des végétations et des amygdales enlevées chez des sujets apparemment indemnes de bacillose.

D'autres maladies infectieuses d'ailleurs peuvent avoir leur lésion initiale au niveau des amygdales.

Une amygdalotomie est fréquemment la meilleure manière de faire disparaître une adénite cervicale ou une laryngite à répétition comme les professionnels de la voix en présentent souvent.

L'auteur donne une très complète description d'anatomie clinique de l'amygdale et de sa loge, appelant l'attention sur le petit repli triangulaire qui bride la partie antéro-inférieure de l'amygdale. Ce dernier fermerait parfois l'orifice de cryptes et prédisposerait à l'amygdalite.

Étant donné les notions anatomiques connues, il en ressort quelques principes dans le traitement des affections amygdaliennes. La cautérisation, la discision, la décapitation n'ont que rarement leur indication, la seule méthode qui, suivant l'auteur, mettrait le malade à l'abri de récidives ou d'infection par voie amygdalienne est la suppression de cet organe avec sa capsule. Deux mille interventions de ce genre lui ont donné satisfaction.

Avant de donner la technique des procédés chirurgicaux applicables aux amygdales, l'auteur passe rapidement en revue les affections inflammatoires des amygdales se montrant très partisan dans l'amygdalite aiguë des solutions concentrées de nitrate d'argent

pour les diverses formes d'amygdalite chronique de l'extirpation de l'amygdale avec sa capsule. L'hyperkérathose et le phlegmon péri-amygdalien sont décrits avec un peu plus de détails.

La tonsillectomie est le seul procédé assurant un succès constant, ses indications sont fréquentes : catarrhe nasal et affections auriculaires, par suite des relations par voie salpingienne avec le pharynx, sont souvent fort améliorés par le seul fait d'une tonsillectomie; amygdalites à répétition; certaines formes de laryngites, l'hypertrophie des amygdales, les granulations et souvent la tuberculose sont des raisons qui doivent commander cette opération. Les différents modes de tonsillectomie ou de morcellement sont indiqués. Pour sa part, l'auteur pratique généralement une tonsillectomie au bistouri. Après injection d'une solution de cocaïne-adrénaline dans le tissu amygdalien et périamygdalien, il incise en partant de la jonction du pilier antérieur et du pli triangulaire, remonte au-dessus du pôle supérieur de l'amygdale qu'il maintient écartée avec une pince à griffe, puis libère l'amygdale qui ne tient plus qu'au pilier postérieur. Il faut avoir soin de ne léser aucun muscle et ainsi il n'y a pas d'hémorragie à redouter.

Suit la méthode de Robertson qui laisse la capsule en place et résèque l'amygdale en bloc à l'aide de ciseaux spéciaux.

Dans les cas de tumeur maligne des amygdales, c'est l'extirpation de l'amygdale par voie externe, suivant la méthode de Langenbeck, qui est l'opération la plus radicale.

Larynx et trachée. — Les épiglottites aiguës sont rarement primitives; on connaît les causes banales de laryngite catarrhale aiguë. Pour Woakes et J. A. Stuky, la laryngite « a frigore » relève le plus souvent comme cause prédisposante de désordres digestifs qui, par l'état d'auto-intoxication où elles mettent le sujet, affectent la tonicité de son système vasomoteur. L'arthritisme agit de la même façon. Par contiguïté, par voie lymphatique, par irritation de divers modes, la laryngite catarrhale est souvent conséquence d'affections respiratoires quelconques. Si un repos complet de la voix n'est pas observé, un traitement local reste presque sans effet. Chez les enfants surtout, la laryngite aiguë peut être d'emblée subglottique, sa gravité est parfois grande, c'est le faux croup. Les modes de révulsion habituels sont généralement efficaces, le tubage et en dernier ressort la trachéotomie sont rarement indispensables.

Laryngite phlegmoneuse, pseudomembraneuse, œdème du larynx, abcès du larynx ne présentent, dans la description de l'auteur, rien de particulier.

Les laryngites chroniques sont de formes nombreuses, l'auteur les classe en : laryngite chronique hypertrophique diffuse, localisée ou nodulaire, laryngite atrophique et laryngite hémorragique.

La respiration buccale et le surmenage vocal sont parmi les causes les plus efficientes ainsi que les affections sinusales dans le cas de laryngite atrophique.

Dans certains cas, le diagnostic différentiel entre laryngite chro-

nique et laryngite tuberculeuse ou syphilitique ne peut être fait que sur les symptômes généraux.

La diphtérie est l'objet d'une étude assez longue de la part de l'auteur : étiologie, recherche du bacille, histopathologie, etc., sont décrites avec détails. Notons que la recherche du sucre dans les urines doit toujours être faite. Hibbard et Morrissy ont trouvé de la glycosurie chez 25 °/₀ de diphtériques. Les formes cliniques adoptées par Ballenger sont celles décrites par Northreep dans l'Encyclopédie de médecine pratique de Nothnagel : catarrhale, fibrineuse, phlegmoneuse, gangreneuse.

Le nez, le pharynx, le larynx, la trachée donnent lieu à un pronostic variable.

La sérothérapie a abaissé la mortalité de 70 à 16 °/₀. L'intubation est préférable à la trachéotomie.

La mortalité se répartit ainsi qu'il suit : 3,5 °/₀ le premier jour de maladie, 8 °/₀ le second jour, 12,8 °/₀ le troisième, 23,6 °/₀ le quatrième et 35 °/₀ le cinquième jour. Le traitement, s'il est précoce, rend donc le pronostic favorable.

Étant donné la contagion, il faut se soumettre aux règles de prophylaxie les plus absolues, tout ce qui sert au malade doit rester et être nettoyé et stérilisé dans sa chambre même.

Sérothérapie, désinfection locale et traitement général, tubage opportun permettent de recourir rarement à la trachéotomie.

De nombreux dessins montrent les divers temps de l'intubation, ainsi que la façon d'alimenter un enfant tubé, soit que couché sur le dos, les épaules relevées, on l'alimente au biberon, soit que couché sur le ventre il aspire avec un tube de caoutchouc le contenu d'un récipient placé au-dessous de lui.

Réunissant dans un même chapitre la pachydermie du larynx, le prolapsus de la muqueuse ventriculaire et les sténoses laryngées, l'auteur n'en dit que quelques mots. De même les formes de paralysies laryngées ne sont guère qu'indiquées.

Les troubles de la voix parlée et chantée sont l'objet d'un chapitre intéressant; le nez est un véritable organe vocal, pourrait-on presque dire, et les affections nasales et les modes de respiration anormale entrent pour une grande part dans les causes nocives pour la fonction vocale. La surtension des cordes vocales est la source du défaut de nombreuses voix.

Les néoplasmes bénins du larynx sont assez fréquents; d'après une statistique de Moritz Schmidt, ce sont les fibromes, les nodules de chanteurs et les papillomes qui sont le plus souvent rencontrés par ordre de fréquence. Alors que la prédisposition et les influences constitutionnelles jouent un rôle insignifiant, tous les modes d'irritation déterminant une hyperhémie durable et exaltant par suite l'activité cellulaire, sont au contraire des causes très efficientes. D'après Félix Semon, les méthodes opératoires sont moins souvent que les autres suivies de dégénérescence maligne.

Les néoplasmes malins (épithéliomes, adénocarcinomes et sar-

comes) sont tous d'un pronostic mauvais, le diagnostic en doit être fait dès le début et on le fonde sur la raucité de la voix sans toux, la douleur, l'immobilité d'une corde. L'examen histologique d'un fragment de la tumeur peut souvent donner la certitude.

Alors que pour les néoplasmes bénins la voie opératoire indiquée se trouve être la voie endolaryngée, pour les néoplasmes malins, le choix doit être plutôt fait entre la thyrotomie, la pharyngotomie sous-hyoïdienne (rarement dans les cas de propagation de cancer du pharynx ou de l'épiglotte); l'hémilaryngectomie qui doit souvent compléter la thyrotomie; enfin la laryngectomie complète, cette dernière étant une intervention de la plus haute gravité.

A propos de l'étude de l'extraction des corps étrangers de l'œsophage et des voies respiratoires supérieures, l'auteur donne, accompagnée de figures multiples, une excellente description de la technique de la laryngo-trachéo-bronchoscopie et de l'œsophagoscopie directe, conseillant l'appareil de Jackson qui renferme une lampe électrique dans le tube même. La position à donner au malade dans les divers cas, les modes d'extirpation des corps étrangers sont exposés de façon pratique. (*A suivre.*)

J.-E. Mathieu (Challes-Hyères).

VII. — **Comptes rendus de la clinique oto-rhino-laryngologique de l'Université de Rome** (*suite*) (5e année, 1907. Rome, chez G. D'Antonis).

Atrophie du muscle sterno-cléido-mastoïdien et le syndrome d'Avellis dans les anévrismes récurrents de la crosse de l'aorte par le professeur Angelo Signorelli. — On sait que le muscle sterno-cléido mastoïdien peut s'atrophier dans certaines affections de l'appareil respiratoire, notamment dans la tuberculose pulmonaire; les lésions sont unilatérales ou du moins prévalent manifestement dans l'une des moitiés du corps. Concato a insisté sur l'importance et la précocité de ce symptôme chez les phtisiques. Il est vrai que dans cette affection les troubles nutritifs ne frappent pas exclusivement le sterno-cléido-mastoïdien, ils atteignent aussi plus ou moins les autres muscles dont l'ensemble revêt comme d'une sorte de calotte le sommet des poumons et gagne même les muscles thoraciques proprement dits. Diverses autres maladies qui limitent le jeu des poumons telles que cyrrhose pulmonaire, pleurésies adhésives produisent des effets semblables. Angelo Signorelli pense que certains anévrismes de la crosse de l'aorte s'opposent à l'expansion de la poitrine, ceux de portion postérieure de cette même crosse jouent un rôle semblable. En somme l'atrophie du sterno-cléido-mastoïdien remplace la paralysie du même muscle dans les anévrismes aortiques, et ce qui le démontre, c'est qu'on retrouve les autres phénomènes constituants du syndrome d'Avellis, tels que l'hémiplégie pharyngo-laryngée. A ce propos l'auteur cite plusieurs observations très instructives dont les quatre premières ont été communiquées au congrès de médecine interne tenu à Rome en 1906. Grâce à la radiographie l'état des parties anatomiques lésées a pu être étudié d'une façon très complète.

Sur 13 cas observés par Signorelli, 8 fois il y avait atrophie du sterno-cléido-mastoïdien gauche avec paralysie unilatérale concomitante pharyngo-laryngée. C'est donc un incident morbide fréquent. Chez un de ces malades, la langue était atteinte en même temps d'hémiatrophie. Les dilatations anévrismales des autres parties de la crosse ne s'accompagneraient nullement des symptômes précités qui prendraient par cela même une valeur quasi-pathognomonique. Quant à la pathogénie, le mode de distribution des régions paralysées prouve que le nerf récurrent est manifestement en jeu.

Traitement de la syphilis tardive de l'oreille et du gosier au moyen des injections intra-veineuses de sublimé par le docteur Carlo Guastoni. — Depuis quelque temps, les syphiligraphes s'accordent sur les bons effets des injections sous-cutanées de différentes préparations mercurielles. On a vu des accidents tertiaires tardifs très rebelles guérir grâce à leur emploi suffisamment prolongé.

Les faits de Carlo Gastoni rentrent dans cette catégorie. Or on sait que le tertiarisme tardif, surtout celui de la syphilis héréditaire est particulièrement rebelle et ne donnerait guère plus de 8 % de succès thérapeutiques.

L'auteur pense que, diagnostiquées à temps et traitées d'une façon convenable, ces otites spécifiques donneraient un pourcentage infiniment plus favorable. Mais pour cela, il ne faut pas reculer devant des interventions énergiques et à ce point de vue Carlo Guastoni s'est particulièrement bien trouvé des injections veineuses de sublimé préconisées par le professeur Bacelli. C'est ce qui résulte de la lecture de diverses observations rapportées dans le présent mémoire, qui ont été visées avec le plus grand soin et tous les détails que réclamait le sujet.

Comme addendum à l'introduction de la méthode de Bacelli dans notre spécialité, Carlo Guastoni rapporte quelques cas fort intéressants de lésions de syphilis tertiaire tardive de la gorge traités de cette façon.

On peut résumer ainsi les faits cliniques mentionnés dans cette monographie.

A propos de l'oreille, le premier malade fut guéri vite et complètement parce que les lésions en étaient encore au début ; les circonstances étant à ce point de vue moins favorables, le second n'eut qu'une guérison partielle. Chez le 3e et le 4e, où le mal datait de plusieurs années, il y eut échec complet.

A propos de la gorge, la première malade fut guérie rapidement et complètement, malgré la gravité extrême des lésions parce qu'elles étaient récentes, la seconde guérit aussi, mais moins promptement. Il en résulte que malgré la brutalité apparente du procédé, les injections intra-veineuses de sublimé méritent d'être retenues au moins dans certains cas spéciaux.

Un cas de diphtérie de l'oreille par le docteur Deodalo di Carli. — La diphtérie de l'oreille présente encore dans son étude bien des lacunes, et c'est pourquoi les faits tels que celui rapporté par Deodato

di Carli, méritent de fixer l'attention. On sait que les complications auriculaires au cours du croup par exemple, sont souvent des plus nombreuses et des plus graves. A quoi sont-elles dues? Burckhardt-Menan, Moos, Siebenmann incriminent non le bacille de Loefler, mais le streptocoque. Cette opinion semble trop exclusive, car d'autres observateurs ont retrouvé dans les lésions auriculaires le microorganisme de la diphtérie à l'état de culture presque pure. Sa symptomatologie est celle des otites moyennes aiguës, mais avec quelques particularités. Ainsi la suppuration se manifeste surtout quand les fausses membranes se détachent de la caisse (Burckhardt). Lorsque les lésions se propagent au delà de la caisse tympanique, on peut voir survenir des mastoïdites, des tromboses des sinus, des labyrinthites nécrosantes, des méningites, des abcès du cerveau et du cervelet reconnaissables à leurs symptômes spéciaux. Même quand il ne survient point de complications locales ou générales, les altérations morbides de l'oreille au cours de la diphtérie se feraient remarquer par une ténacité spéciale et par leur résistance aux agents thérapeutiques habituels.

L'observation rapportée par Deodato di Carli a été la seule manifestation diphtérique appréciable chez un individu qui avait été atteint d'une angine pseudo-membraneuse deux mois auparavant et qui avait guéri en apparence. L'examen bactériologique montra que le bacille de Loefler existait à l'état de culture pure. La guérison fut obtenue en très peu de temps par l'emploi du sérum antidiphtérique largement administré. Aucun autre traitement ne fut employé.

L'ouïe chez les médecins par le docteur Giuseppe Mendini. — Au cours de ses trente années de pratique, l'auteur a pu constater que lui et ses collègues avaient souvent différé d'avis dans des faits d'auscultation, principalement du cœur. Il a vu des souffles mitraux échapper par exemple à des spécialistes justement renommés pour leur savoir. Il pense que ces faits sont bien plus fréquents qu'on ne le croit et en tire la conséquence déontologique qu'un examen de l'ouïe devrait être imposé à tout candidat médecin. Le praticien lui-même devait s'y soumettre de temps à autre, pour vérifier l'intégrité d'un sens si nécessaire à sa profession. (*A suivre.*)

C. Chauveau.

VIII. — **Le labyrinthe, organe du sens mathématique de l'espace et du temps** (*suite*), par Cyon. Berlin, 1908, chez Jules Springer.

Influences des excitations parties des canaux semi-circulaires sur la formation de notre concept de l'espace. — Il a été prouvé précédemment que les sensations dont les canaux semi-circulaires sont le siège se rapportent exclusivement à l'espace. Cette notion fut adoptée et défendue par Cyon, dès l'année 1873. L'auteur cite à l'appui de cette hypothèse ses anciennes recherches sur le strabisme expérimental chez les pigeons, devant les yeux desquels on fixe des verres prismatiques, artifice qui détermine chez ces oiseaux

toute une série de troubles moteurs analogues (quoique moins intenses) à ceux que détermine la section des canaux semi-circulaires.

Ces expériences lui permirent de conclure à des rapports importants des canaux semi-circulaires avec les centres oculo-moteurs ; dès lors Cyon s'engagea dans cette voie qui devait être si fructueuse pour la physiologie.

Il put enfin affirmer que l'excitation de l'un quelconque de ces canaux semi-circulaires détermine, du côté des yeux, des mouvements pendulaires dont la nature varie avec le canal en question. Dès lors, même en conservant la théorie empirique du concept de l'espace, on était forcé de faire aux canaux semi-circulaires une part des plus importantes. Peu à peu Cyon arriva à mettre en lumière ce fait fondamental que les trois dimensions de l'espace sont révélées par les canaux semi-circulaires dont chacun est dirigé d'après un des diamètres principaux de ce même espace. Encore une fois l'écrivain s'élève contre les bases mêmes de la théorie empirique du concept de l'espace d'après laquelle Helmholtz est obligé d'admettre que des mouvements insensibles et parfaitement inconscients des yeux arrivent à nous donner la notion spatiale d'un caractère si conscient et si abstrait à la fois. Or, il suffit de réfléchir pour comprendre que, pour que l'œil s'accommode à un point donné situé dans l'espace, il faut que notre conscience nous révèle par avance la situation spatiale exacte dudit objet. Donc, la position de ce dernier ne peut nous être fournie par les sensations inconscientes des muscles de l'œil comme le pensent les protagonistes de l'hypothèse empirique. C'est bien à Cyon qu'on doit d'avoir émis le premier l'interprétation véritable des phénomènes. En effet, Autenrieth ne s'est occupé que du rôle des canaux semi-circulaires pour l'appréciation de la direction exacte d'où nous viennent les sons, et rien de plus. Il est vrai qu'en 1887, Preyer s'est efforcé de combiner les idées d'Autenrieth avec celles de Cyon, mais il a oublié de dire que ce qu'il y a de bien dans Autenrieth avait été entrevu autrefois déjà par Cyon auquel vient incontestablement le mérite de l'antériorité. Donc, en condensant les idées de l'auteur telles que nous venons de les exposer, on peut admettre les conclusions suivantes :

1° L'orientation dans les trois dimensions principales de l'espace est le fait des canaux semi-circulaires ;

2° Les canaux régularisent et mesurent exactement les actes musculaires qui doivent s'accomplir dans ledit espace, aussi bien comme durée que comme force. Ce sont donc eux qui sont chargés du maintien de l'équilibre. Ce rôle des canaux semi-circulaires est secondé et suppléé en partie par le fonctionnement des yeux, de l'ouïe, du tact. La suppléance est plus ou moins parfaite quand il y a destruction des canaux semi-circulaires.

3° Les sensations provenant des canaux semi-circulaires nous révèlent l'espace pourvu que nous prêtions auxdites sensations une attention suffisante. C'est grâce à elles qu'un espace à trois dimen-

sions (espace Euclidien) nous est révélé. Les animaux qui n'ont que deux canaux semi-circulaires (pétromyzon) ou même qu'un de ceux-ci (mycine, souris dansantes du Japon) ne peuvent donc avoir que l'idée d'un espace à deux ou à une dimension, et c'est d'après deux ou une directions qu'ils régularisent les actes volontaires de leur musculature.

Recherches chez les vertébrés à deux ou à un seul canal semi-circulaire. — Il est inutile de faire ressortir l'importance capitale de ces sortes de recherches qui, *a priori*, doivent servir de pierre de touche pour vérifier l'exactitude des hypothèses spatiales de Cyon. Or, ici, l'observation et l'expérimentation semblent pleinement d'accord pour justifier les conclusions de l'illustre physiologiste. Prenons en effet les cyclostomes, ces poissons dont la structure est si rudimentaire qu'elle les place à la partie la plus inférieure de l'échelle des vertébrés. Ni vertèbres, ni arêtes, cerveau rudimentaire, métamorphoses très marquées ; pas de mâchoires, celles-ci étant remplacées par un appareil de succion bien connu. Les cyclostomes n'ont, quand ils en possèdent, qu'un labyrinthe très réduit sans limaçon. Aussi l'ouïe n'existe pas chez eux. Le bruit le plus intense ne réussit pas à les tirer de leur calme et de leur engourdissement apparent. Leur paresse apparente est très marquée. Ils se mettent rarement en mouvement et, pour se faire transporter d'un point à un autre, ils se fixent par leur suçoir sur un autre poisson ou sur un morceau de bois en dérive. Ils nagent rarement et toujours dans deux directions seulement, c'est-à-dire en avant ou en arrière, à droite ou à gauche en un mot d'après les directions indiquées par le canal semi-circulaire horizontal et le canal semi-circulaire sagittal (antéro-postérieur). Comme le canal semi-circulaire vertical leur fait défaut, d'après Cyon, ils ne peuvent aller ni en haut, ni en bas. Or, sur ces animaux, si l'on détruit la capsule auditive, ce qui est facile, car celle-ci, de nature cartilagineuse, est assez superficielle, assez bien isolée de l'œil et du crâne, en détachant la couche musculaire épaisse qui la recouvre et en l'ouvrant avec le scalpel pour tirer avec une pincette tout son intérieur, on voit quand la vivisection a été unilatérale, survenir des mouvements de manège caractéristiques, suivant le grand axe du corps ; si l'opération a été bilatérale, ces animaux ne semblent plus savoir se diriger, ils se meuvent en cercle, s'ils tombent sur le dos, ils y restent longtemps avant de pouvoir reprendre leur position normale, c'est-à-dire leur équilibre. De plus, leur torpeur naturelle s'est encore accrue. Ils restent des heures sans mouvements. Les troubles précités persistent indéfiniment sans changement appréciable, ainsi que l'auteur a pu le constater bien des fois.

D'autre part, la souris japonaise dansante ne possède dans chacun de ses labyrinthes qu'un seul canal semicirculaire (à cause de l'atrophie et de la rétraction de l'oreille interne). Rawitz comprit toute l'importance de cet état labyrinthique pour une appréciation saine du sens de l'espace qu'il plaça, ainsi que Cyon, dans les canaux

semi-circulaires. Or, ces souris dansantes ne se meuvent, comme on sait, que diagonalement et circulairement. La méthode des empreintes sur un papier enduit de noir de fumée démontrera que ces petits animaux n'observent jamais la ligne droite, mais se déplacent en diagonale par des zigzags successifs et caractéristiques qu'ils ne cessent que pour courir en rond. L'amas d'aliments qu'on glisse dans leur cage devient le centre de ces déplacements circulaires. Si cet amas manque, elles se meuvent en rond sur elles-mêmes (mouvement de valse).

D'après Cyon, cette sorte de danse que réalisent ces mouvements en rond est purement volontaire et n'a aucun caractère automatique. La danse peut d'ailleurs se faire d'après plusieurs modes indiqués par l'auteur. L'animal s'interrompt dès qu'il le désire comme Rawitz le reconnaît lui-même. C'est ainsi qu'on voit l'animal cesser ses déplacements circulaires pour explorer les environs, pour recueillir une parcelle d'aliments ou pour boire un peu de lait qu'on a versé dans un vase placé au milieu de sa cage. Si l'on gêne la danse en encombrant la dite cage d'objets divers, les souris dansantes pour ne pas interrompre cette danse, qu'elles semblent considérer comme un jeu, montent pour l'exécuter sur le toit de leur cage ; si on les chasse dudit toit, elles exécutent leurs mouvements circulaires à l'intérieur même de leur cage, malgré la gêne qu'elles ont à réaliser désormais ceux-ci. Ces danses commencent à un certain moment et se continuent pendant plusieurs heures. Ceci a lieu surtout la nuit, car elles s'alimentent et jouent surtout dans l'obscurité. Cyon pense que le sens génital participe à ces danses qui sont parfois très animées. D'après ce physiologiste, il serait inexact de penser que les souris japonaises dansantes sont absolument sourdes ; elles percevraient les cris aigus de leur compagne qu'on maltraite et les sons aigus des sifflets de Galton. Ces animaux ne peuvent aller en ligne droite, comme l'a montré Rawitz, sauf quand on les fait passer dans un espace très étroit où leurs zigzags habituels sont impossibles, mais alors si elles rencontrent un obstacle, elles ne peuvent reculer, car pour changer de direction, il leur faut un certain espace pour décrire un arc de cercle. Elles sont donc forcées en pareille circonstance de s'arrêter et de se tenir immobiles. Des expériences précises prouvent qu'elles ne savent pas non plus se déplacer en hauteur, pas plus qu'elles ne savent se déplacer en avant ou en arrière. Elles ne sont capables d'aller qu'à droite ou à gauche; de là leurs zigzags mentionnés plus haut, de là aussi leurs déplacements circulaires bien connus. C'est que ces petits mammifères n'ont conservé de l'espace qu'une de ses trois dimensions, puisque chacun de leurs labyrinthes est privé de deux de ses canaux semi-circulaires.

Comme chez d'autres vertébrés privés de leur labyrinthe, la privation de la lumière amène, chez la souris dansante, des perturbations locomotrices très grandes. Les déplacements et les mouvements deviennent absolument irréguliers. Chez un de ces rongeurs aveuglé

artificiellement par une couche d'ouate sur les yeux, l'aspect des phénomènes était en apparence tout à fait celui observé chez les animaux auxquels on vient d'extirper leurs canaux semi-circulaires. Au bout de quelque temps, l'agitation cessa et le petit animal put chercher lui-même sa nourriture, mais il n'était plus question des mouvements de danse. Ceux-ci faisaient absolument défaut. Seuls subsistaient les déplacements en zigzag. La danse reparut peu après le moment où on débarrassa le petit animal de la couche d'ouate qui l'aveuglait. L'ataxie signalée chez les souris dansantes, qu'on a privées de la vue résulterait, d'après Cyon, de ce qu'elles ne peuvent plus coordonner d'après la seule dimension de l'espace qu'elles possèdent, leurs actes locomoteurs, n'ayant plus la vue pour effectuer ladite accommodation. Pour bien comprendre cette assertion, on n'a qu'à se rapporter aux phénomènes de suppléance joués par rapport aux canaux semi-circulaires par certains mouvements oculo-moteurs. Ceux-ci ont la même propriété régulatrice que les sensations provenant de la portion spatiale du labyrinthe et produisent par conséquent les mêmes effets directeurs et modérateurs. En aveuglant la souris, on les supprime bien entendu et la souris n'a plus d'appareil régulateur de sa motricité, d'où les mouvements ataxiques, sans but apparent et sans direction, que nous avons signalés plus haut. Expérimentalement, il a été démontré par Cyon que, tant que la souris dansante japonaise a sa vue intacte, ainsi que la libre disposition de ses muscles, elle coordonne parfaitement ses mouvements d'après l'unique dimension de l'espace qu'elle possède, c'est-à-dire de droite à gauche et de gauche à droite.

L'état d'atrophie du labyrinthe n'est pas toujours aussi marqué chez toutes les souris dansantes japonaises que chez la grande majorité de celles-ci. Il en résulte des modifications parfois assez sensibles des phénomènes observés. Ainsi chez 7 souris japonaises montrées par Cyon au congrès international de 1900, section de physiologie, Rawitz put reconnaître qu'un seul des canaux semi-circulaires était absolument atrophié. On comprend alors pourquoi ces petits animaux pouvaient grimper le long des barreaux de leur cage, c'est-à-dire se déplacer verticalement.

Rôle des otocystes comme sens de l'espace chez les invertébrés. — Si chez les vertébrés il y a des canaux semi-circulaires, chez l'invertébré il n'en est plus de même. Cyon échappe à l'objection en montrant que le sens de l'espace est représenté ici, comme le démontrent les belles recherches d'Yves Delage, par les otocystes. Celles-ci sont bien connues et d'ailleurs ce chapitre de physiologie comparée n'intéresse qu'indirectement l'auriste ; nous nous contenterons de mentionner cette suppléance d'un appareil spatial par un autre.

Mais, dira-t-on, les tropismes récemment invoqués par Lœb (tropisme de la pesanteur, de la lumière, etc.) ne suffisent-ils pas pour expliquer, dans beaucoup de cas du moins, la direction des animaux, sans faire intervenir ni otocystes, ni canaux semi-circulaires. Il a été beaucoup parlé de ces évolutions directrices purement méca-

niques, mais leur existence est encore aujourd'hui l'objet de discussions fort vives.

Comme le montre Cyon, les souris dansantes sont une contradiction éclatante du fameux géotropisme de Loeb. Il suffit à ces petits mammifères de conserver un reste de labyrinthe pour se tenir parfaitement en équilibre, mais cet équilibre, cette coordination elles ne les réalisent qu'en une seule direction, celle du canal semi-circulaire conservé ! L'héliotropisme qu'on a essayé de substituer ici au géotropisme ne paraît pas plus fondé.

(*A suivre.*)

C. Chauveau.

IX. — **La chirurgie du cancer appuyée sur la « Fulguration » ; ses principes, ses résultats. Statistique portant sur 40 cas de cancers graves**, par Juge de Marseille. (Monographie parue en 1908, chez Monnoyer, imprimeur, Le Mans.)

Dans cette monographie, le Dr Juge expose la méthode de la fulguration, ses réactions, ses principes et l'exposé de sa statistique.

La fulguration est essentiellement la combinaison d'une action électrique particulière et d'une intervention chirurgicale qui s'inspire de principes différant de ceux qui, jusqu'à présent, ont été la règle en cette matière.

L'agent électrique employé est l'étincelle de haute fréquence.

Les deux actions se déroulent suivant les trois phases suivantes : un étincelage préalable, rapide et diffus, l'opération chirurgicale et enfin le temps électrique essentiel, l'étincelage définitif.

L'auteur ne décrit pas ici la « **technique électrique** » qu'il a exposée dans des communications antérieures. Il rappelle simplement qu'il s'agit, en l'espèce, de la projection sur les tissus, de la longue et puissante étincelle de haute fréquence et de très haute tension.

Celle-ci est une « véritable foudre en miniature ». Il y une question de dosage extrêmement importante et délicate pour ne pas déterminer des escharres dangereuses. Seule, l'expérience permet d'apprécier.

Les **réactions physiologiques** déterminées par la fulguration sont des réactions immédiates, consécutives et éloignées.

Phénomènes immédiats. — Les tissus prennent, sous le choc de l'étincelle une coloration brunâtre, toute superficielle, qui n'est pas un effet de cautérisation.

Phénomènes consécutifs. — Ce sont :

1° La lymphorrée, c'est-à-dire l'écoulement d'un liquide jaune citron plus ou moins abondant ;

2° L'escharre, qui est due à la sidération électrique et d'importance variable selon l'intensité de cette dernière ;

3° Le bourgeonnement, d'un caractère spécial, mollasse, et d'une activité remarquable.

Phénomènes éloignés. — Ce sont : La « fibrose » ; cette réaction fibreuse est d'une importance capitale dans le processus de guérison.

L'évolution des ganglions, qui n'évoluent plus et même disparaissent. Dans quelques cas, ils subissent une transformation fibreuse ou même caséiforme.

Effet analgésique. — Il est, pour ainsi dire, constant. Les malades cessent de souffrir.

Le principe chirurgical de la fulguration est essentiellement différent de celui de la chirurgie ordinaire.

La chirurgie classique fait des extirpations très larges. Elle impose des délabrements énormes. Elle est souvent grave, presque toujours mutilante.

Au contraire, dans la fulguration, l'auteur excise simplement les masses néoplasiques dans leurs limites macroscopiques.

Les territoires lymphatiques ne sont pas systématiquement évidés.

Dans sa statistique, l'auteur divise ses cas opérés en 3 catégories :

1° Les cas inopérables par la chirurgie et incurables par tout autre moyen, traités par la méthode de la fulguration, et actuellement en vie et cicatrisés ;

2° Les cas opérables par la chirurgie pure et au prix de grands délabrements. Ces cas ont été traités par la fulguration, et actuellement, il existe des malades en vie et cicatrisés ;

3° Les cas opérables normalement, traités par la méthode et actuellement en vie et cicatrisés ;

4° Les cas inopérables et soulagés ;

5° Les échecs ;

6° Les morts d'affections intercurrentes.

Le pourcentage est résumé dans le tableau suivant :

Cas inopérables	Échecs.....	5	Soit près de 60 °/₀.
	Améliorés.....	2	
	Guéris.....	10	

Les cas graves à peine opérables, et les cas opérables normalement donnent : 15 cas : 15 guérisons.

Morts d'affections intercurrentes : 8.

Georges Laurens (de Paris).

X. — **La surdi-mutité, considérée dans sa pathogénie et sa prophylaxie. Devoirs sociaux envers les anormaux,** par Cozzolino (de Naples (Brochure 19 p. de Naples, 1908).

L'auteur étudie la répartition des sourds-muets dans les divers pays d'Europe ; il passe en revue les diverses causes. Après une étude des divers établissements étrangers et italiens destinés à l'enseignement des sourds-muets, il consacre les derniers paragraphes de son travail aux sourds-muets aveugles, rappelant que l'initiative de Martuscelli, de Naples, a permis d'instruire deux sourds-muets aveugles, l'un d'eux a pu, en particulier, apprendre à lire et à écrire en français.

Menier (de Figeac).

III. — REVUE DES THÈSES

I. — **Du traitement de la sinusite frontale chronique** (indications opératoires ; technique de M. Sébileau), par Maurice Brémond (Thèse de Paris, 1908).

Faire au moment opportun l'opération exactement, adaptée au cas envisagé, tel est l'adage que l'auteur voudrait voir suivre par tous ceux qui s'occupent de chirurgie du sinus frontal.

C'est ce principe que Brémond a appris à l'école de M. Sébileau. C'est celui qu'il va essayer d'exposer et dans sa technique, et dans ses résultats.

L'axiome qui doit guider toutes les suppuration des cavités pneumatiques annexées au nez et à l'oreille est celui-ci : toute suppuration qui traîne est symptomatique de l'existence, dans ces cavités, de fongosités ou de zones d'ostéites ; les unes et les autres ne peuvent, en général, logiquement guérir que par le curetage.

L'auteur divise les indications opératoires en absolues et relatives.

Les indications absolues sont réalisées par l'apparition d'une complication grave ou par l'existence de phénomènes de rétention.

L'existence d'un œdème frontal limité à la région supra-sourcilière, en dépassant plus ou moins largement celle-ci de manière à amener de la tuméfaction de la paupière supérieure ou à infiltrer une grande partie de la région frontale, doit éveiller tout particulièrement l'attention.

Il s'y joint ordinairement une douleur spontanée assez vive, que réveillent la pression et l'exploration de la région.

Cependant, là, et à moins qu'il n'y ait des phénomènes généraux graves, de la température, on peut, en surveillant attentivement le malade, ne pas précipiter l'opération, en ayant recours aux procédés thérapeutiques ordinaires destinés à combattre les phénomènes douloureux et phlegmasiques, mais il ne faudra pas s'y attarder outre mesure, car l'expectative prolongée n'a que trop souvent, dans ces cas de poussée active ou de rétention, permis l'effraction (microscopique ou vasculaire) de la table interne et l'envahissement du contenu drainé.

Si l'imminence ou la seule possibilité d'une complication doit entraîner l'opération, il en est *a fortiori* de même si la complication est déclarée ; sauf exception, on peut dire que d'une manière générale le premier temps de l'intervention dirigée contre la complication est toujours un temps sinusien.

Profiter de la circonstance pour pratiquer une opération complète sur le sinus ; et la technique de M. Sébileau permet de le faire.

Que la sinusite s'extériorise ou marche vers l'intérieur, il faut opérer sans hésiter.

Parmi les complications absolues à l'intervention, il faut comprendre la plupart des complications oculaires et la propagation à l'ethmoïde, et notamment le postérieur.

Par indications non évidentes, l'auteur place au premier rang la coexistence d'une autre sinusite, que cette dernière ait été consécu-

tive, antérieure ou simultanée à la sinusite frontale chronique envisagée. L'existence d'une sinusite fronto-maxillaire est justifiable d'une double intervention, car ce serait un non-sens que de traiter l'une sans traiter l'autre.

L'existence d'une sinusite frontale chronique bilatérale, constitue également une forte indication opératoire. Enfin l'intervention dans la sinusite frontale chronique peut être déterminée par une série de phénomènes ou de petites complications qui indiquent que le processus, loin de sommeiller, est toujours en activité.

Parmi ces manifestations, l'auteur attache beaucoup d'importance à la tuméfaction, souvent très légère de la région sus-sourcilière.

La pression et la percussion de l'os à ce niveau réveillent une *douleur* assez vive.

Parmi d'autres symptômes d'indications opératoires, à citer *le gonflement douloureux à l'exploration de la paroi inférieure du sinus*, lié à l'ostéo-périostite de cette région.

Une série de déterminations oculaires lorsqu'elles s'associent à ces manifestations capitales ne font que les confirmer.

Si alors que les symptômes sont peu alarmants, que les lésions, quoique chroniques, sont limitées au sinus frontal et voire aux cellules péri-infundibulaires, on pouvait opposer à la marche du processus une opération non douloureuse, vraiment curatrice, n'entraînant avec elle que ce minimum de dégâts, mais enlevant néanmoins tout le mal, dans ces conditions, on aurait réellement rendu service au malade, non seulement pour le présent en le débarrassant d'une infirmité, mais pour l'avenir, en lui évitant des complications peut-être redoutables.

Brémond estime que l'opération de Sébileau répond à ces desiderata mieux que les autres procédés.

L'auteur fait un exposé rapide des principales techniques de cure de la sinusite frontale chronique qu'il divise avec M. Sébileau en procédés simples et procédés mixtes.

Procédés simples : *opération d'Ogston-Luc ; opération de Kuhnt ; opération de Tilley.*

Procédés mixtes : *opération de Taptas ; opération de Jansens modifiée par Jacques et Durand ; opération de Killian.*

Toutes ces méthodes, d'après Brémond, pèchent les unes par excès, les autres par défaut.

Méthode inégale, infidèle, non générale, tel est le reproche que l'on peut adresser à l'un quelconque des procédés sus-décrits. Au contraire, l'opération de M. Sébileau répond à toutes les éventualités.

Voici quel est son principe :

Il consiste essentiellement à réséquer la paroi sinuso-frontale antérieure suivie de l'effraction du canal naso-frontal. Mais cette « résection est large ou étroite suivant les cas ; cela dépend de l'anatomie du sinus et de la destruction des fongosités.

« Il n'y a aucune raison pour trépaner systématiquement d'une manière parcimonieuse ou prodigue. Proprement, il n'y a pas, et il ne peut y avoir, ici, de procédés.

« *Il faut suivre les lésions, comme cela est la règle en chirurgie, et se donner du jour suivant les besoins.*

« Il n'y a qu'un but, mais il est précis : détruire toutes les fongosités, mettre l'os à nu, le blanchir. »

L'opération proprement dite comprend les temps suivants :

1° Incision des parties molles ;

2° Trépanation du sinus frontal ;

3° Traitement de la cavité sinusienne ;

4° Traitement du canal naso-frontal ;

5° Suture.

Incision des parties molles. — Elle sera menée le long de la région sourcilière, non pas sur l'arcade orbitaire, mais un peu au-dessus, de façon à faciliter la rugination ultérieure.

Trépanation du sinus frontal. — L'attaque du sinus devra être faite immédiatement en dehors de l'angle fronto-nasal, immédiatement au-dessus aussi du rebord orbitaire.

Très souvent au cours de l'opération on a déchiré la muqueuse et on se trouve dans la cavité sinusale, mais parfois on tombe sur une membrane tendue qui peut faire naître des doutes. Explorer la membrane incriminée, avec le doigt. Si c'est la dure-mère, on a une sensation de résistance élastique ; si c'est la muqueuse, tantôt celle d'une surface molle friable, tantôt celle d'un rideau tendu, sans souplesse.

Traitement de la cavité sinusienne. — On élargit la trépanation au fur et à mesure des besoins pour nettoyer convenablement le sinus, supprimant un point d'ostéite, si on en rencontre, mettant à nu la dure-mère, si cela est nécessaire.

Traitement du canal naso-frontal. — Un ou deux coups de gouge le dégagèrent avec la plus grande facilité, il suffit alors de l'agrandir et d'effondrer les cellules péri-infundibulaires, généralement prises à l'aide de curettes spéciales que l'on peut diriger facilement vers l'ethmoïde antérieur.

M. Sébileau termine l'opération par le « ramonage » du canal.

Suture et pansement. — Le sinus communique librement avec le nez. Point n'est besoin de mettre dans le canal naso-frontal un drain qui ne fait qu'obstruer. Pas de badigeonnage, non plus que de lavage.

Il suffit de faire simplement les sutures de la peau et un pansement, non compressif, pour éviter l'enfoncement.

A. Grossard (de Paris).

II. — **Contribution à l'étude du traitement des sinusites maxillaires chroniques** (La méthode endo-buccale de Sébileau), par Alfred Juin, de Tracy-le-Mont (Oise), Thèse de Paris, 1908.

M. Sébileau exposait au mois d'avril 1905, dans une communication à la Société d'Odontologie, l'histoire du traitement des sinusites maxillaires ; insistant plus particulièrement sur le traitement des suppurations chroniques de l'antre d'Highmore, il décrivait dans ses

détails l'opération de Lamorier-Desault, associant à ces noms celui du chirurgien Boyer.

Cette opération, aujourd'hui abandonnée par la plupart des rhinologistes au profit de l'opération de Caldwell-Luc, M. Sébileau l'a rajeunie, la faisant bénéficier des progrès qui sont depuis longtemps acquis à la chirurgie générale ; il en a fait une opération nouvelle et pour ainsi dire propre à lui, différant profondément de l'ancienne par sa technique, par les soins consécutifs et plus encore par les résultats.

L'auteur, dans un premier chapitre, donne les éléments de diagnostic des sinusites maxillaires chroniques : *signes de probabilité* (qu'il divise en *signes fonctionnels*, *écoulement de pus* par une seule narine, *cacosmie subjective*, *douleurs périorbitaires*, *point douloureux sous-malaire*) et *signes physiques*, présence de pus à la *rhinoscopie antérieure*, dans le méat moyen et à la *rhinoscopie postérieure* sur la queue du cornet inférieur ou moyen, *éclairage par transparence* (*signe de Heryng*), obscurité du sinus, de la pupille (*signe de Davidson*), et *signe de Garel-Burger* ; quand le malade ne perçoit pas la lumière de la lampe buccale, les paupières étant fermées. *Signes de certitude* révélés par la ponction du sinus.

Alfred Juin établit le diagnostic différentiel de l'*empyème simple* du sinus maxillaire et de la *sinusite fongueuse*, le premier étant un simple dépôt de pus, la seconde une *sinusite vraie* à muqueuse produisant du pus.

L'auteur établit le diagnostic avec les autres affections du sinus et passe au traitement par les ponctions simples et les trépanations des sinus maxillaires sans curetage.

D'abord « mettre en état » toutes les dents suspectes et arracher celles qui sont irréparables. Trois types de dents malades sont capables d'infecter le sinus :

a) Les dents *cariées ouvertes* ;

b) Les dents *cariées obturées* ;

c) Les dents mortes fermées.

A distinguer deux catégories de malades : ceux dont les dents sous-sinusales sont en mauvais état ; ceux dont les dents sous-sinusales sont tout à fait saines.

Dans le premier cas, la *ponction alvéolaire* est le procédé de choix ; dans le second, la *ponction* se pratiquera par la *voie du méat moyen*, dangereuse, ou *du méat inférieur*.

Toutes les fois que la chronicité de la sinusite paraît résulter de l'insuffisance du drainage et lorsqu'il est permis de supposer que la sinusite n'est pas fongueuse ou peu fongueuse, on se trouvera bien d'une *trépanation endo-nasale* large, par la *voie du méat inférieur*, *méat moyen* ou la *voie mixte du méat moyen et du méat inférieur*.

Alfred Juin fait ensuite l'historique de la cure radicale. Trépanation et curetage par la fosse canine pratiquée pour la première fois par Louis Lamorier en 1743, et à laquelle Desault et Boyer apportèrent plus tard d'heureuses modifications.

Sébileau adopta ce procédé mais en faisant suivre l'ouverture de la fosse canine d'un curetage complet des fongosités. C'est au curetage méthodique des fongosités qu'il faut demander la cure radicale des sinusites rebelles à la trépanation simple du sinus.

L'opération comprend trois temps :

1° *Incision de la muqueuse vestibulaire ; incision à fond jusqu'au périoste que l'on décolle à la rugine.*

2° *Trépanation large de la paroi antérieure du sinus à la gouge et à la pince-gouge.*

3° *Curetage minutieux de la cavité sinusale et de tous ses prolongements, sous le contrôle de l'éclairage frontal.*

On tamponne avec une mèche à l'ecktogan, destinée à assurer l'hémostase. Cette mèche est retirée vingt-quatre heures après l'opération et « la plaie buccale est livrée au travail de la cautérisation spontanée, assurant ainsi, par elle, le drainage de la cavité sinusale » (Sébileau).

L'antisepsie du nez et de la bouche sera assurée avec de la pommade et des gargarismes.

M. Lermoyez a résumé ainsi ses griefs contre cette opération, *pansements nombreux et pénibles, situation des malades dans l'intervalle des pansements.* Ils sont, comme le dit Luc, condamnés à manger tous les plats à la sauce iodoformée.

Une infirmité durable suit la guérison.

A cette accusation l'auteur répond : *une simple mèche retirée au bout de vingt-quatre heures,* voilà tout le supplice des pansements.

Dès l'opération, la situation des malades est améliorée, les douleurs cessent et l'écoulement par le nez diminue progressivement ; il n'a jamais persisté au delà de deux mois.

La restitution « ad integrum » suit la guérison.

Étant donnés ces excellents résultats obtenus par la méthode endo-buccale de Sébileau, il est inutile de chercher une complication à la technique opératoire en pratiquant, par le nez, un orifice de drainage et en suturant la plaie buccale.

A. Grossard (de Paris).

III. — **Les théories pathogéniques de l'ozène**, par Louis Daubigney (Thèse de Montpellier, 1909).

L'auteur passe en revue toutes les théories émises sur la pathogénie de la rhinite atrophique fétide et en fait la critique. Deux seulement de ces théories doivent, d'après lui, retenir l'attention : celle qui fait de cette affection une trophonévrose de cause encore indéterminée et celle qui la considère comme une infection spécifique.

L'opinion qui semble s'accréditer à l'heure actuelle serait que la théorie trophonévrotique doit définitivement céder le pas à la conception de l'ozène infection contagieuse et spécifique.

Telle n'est pas celle de l'auteur de ce travail, qui expose à ce sujet les idées de son maître, le Dr Jouty, d'Oran. Contre la théorie infectieuse s'élèvent les résultats complètement inefficaces des traite-

ments de la maladie par les antiseptiques, les caustiques, les moyens physiques actuels, les médicaments généraux. Dans le service du Dr Jouty, à Oran, où le nombre des ozéneux paraît considérable, tous les moyens propres à enrayer la marche progressive de l'ozène ont échoué. Il semble à l'auteur que si l'ozène était vraiment une infection microbienne spécifique, il aurait vu au moins quelques cas guérir, étant donnés d'une part le soin et la patience qu'il a déployés dans le traitement antiseptique, et d'autre part cette constatation que d'autres lésions nasales, comme les ulcérations tuberculeuses, ont parfaitement guéri par des applications antiseptiques ou caustiques.

D'un autre côté, il est difficile de concilier avec la théorie infectieuse les résultats obtenus dans le traitement de l'ozène par les injections sous-muqueuses de paraffine. Comment admettre que la paraffine exercerait un rôle microbicide? Et si celle-ci agit en exaltant la phagocytose, comment expliquer que la modification heureuse des éléments de la muqueuse apparaisse bien au-delà des régions excitées par l'inclusion? Il semble que pour expliquer la façon dont agit le traitement par la paraffine, il faut faire intervenir des actions nerveuses trophiques.

Les faits de guérison d'ozènes unilatéraux par résection ou redressement du septum dévié plaideraient aussi pour la théorie pathogénique neurotrophique.

On pourrait peut-être comparer le processus de l'ozène à l'évolution des lésions cutanées eczémateuses qui commencent par une congestion et finissent par une atrophie avec squames épidermiques abondantes, croûteuses parfois et humides. Or, dans l'eczéma c'est la viciation de la trophicité et non l'infection qui est en jeu. Et de même que, dans l'eczéma, il faut chercher la cause loin de la lésion, dans une modification humorale, toxhémique ou autre, de même, dans l'ozène, il est permis de songer à une cause de cet ordre, à une insuffisance fonctionnelle d'une fonction glandulaire, par exemple. Dans cette hypothèse, le Dr Jouty a tenté parfois le traitement opothérapique testiculaire ou ovarien, mais il n'a pas encore obtenu de résultat probant. E. Hédon (de Montpellier).

IV. — **De l'ostéomyélite des os plats du crâne d'origine otique**, par E. Abel (Thèse de Lyon, 1908).

L'ostéomyélite des os plats du crâne peut être définie pan-ostéite, car les lésions qui la caractérisent, loin de se limiter à la couche ostéogène périostique et au tissu médullaire aboutissent à la destruction osseuse par nécrose et suppuration avec phénomènes généraux graves.

D'après le mode d'infection de l'os, l'auteur distingue des ostéomyélites consécutives d'une part au traumatisme, d'autre part à une maladie infectieuse, à une fièvre de croissance ou ostéomyélite hématogène, enfin des ostéomyélites d'origine sinusienne et surtout otique qui font l'objet principal de ce travail.

Pour expliquer dans quelles conditions particulières se produit cette complication, l'auteur n'a pu relever que la rétention purulente, la virulence des agents en cause, le mauvais état de résistance du sujet. Dans deux cas où fut fait l'examen bactériologique, il s'agissait dans l'un de pneumocoque, dans l'autre de staphylocoque blanc. Dans les autres observations, l'agent pyogène n'est pas signalé.

Les formes cliniques de cette variété d'ostéo-myélite sans être toujours nettement différenciées les unes des autres peuvent cependant être distinguées en ostéo-myélite limitée, serpigineuse et diffuse, leur gravité étant en rapport avec l'étendue des lésions.

Il n'y a que dans le cas où l'infection de l'oreille n'aurait pas été constatée que le diagnostic pourrait être un peu délicat. Il faut éliminer alors l'infection hématogène, la bacillose, la syphilis. Le foyer ouvert, l'aspect des lésions permettra d'identifier facilement l'ostéo-myélite, de la mastoïdite, de la lymphangite rétro-auriculaire, d'un abcès extra-dural, de la thrombose sinusienne et des collections de la fosse temporale. Seuls l'abcès extradural extériorisé et l'infection limitée d'un groupe de cellules oblitérantes peuvent donner lieu à une hésitation. En tous cas, il faut toujours opérer le plus tôt possible, cette précocité de l'intervention étant l'un des facteurs importants de succès. En opérant tôt, on prévient les complications endo-craniennes qui d'ordinaire sont la conséquence d'abstentions, d'opérations retardées ou insuffisantes.

Mais le pronostic ne dépend pas uniquement d'un diagnostic et d'une intervention rapides. Encore faut-il qu'une résection osseuse soit possible et il est évident que les lésions de la base sont inaccessibles.

Au point de vue anatomo-pathologique, l'ostéo-myélite du crâne passe par deux phases : une période d'infiltration, une période de suppuration aboutissant à la formation de collections sans pronostics et extradurables, qui suivant les réactions de défense, les adhérences qui se forment restent limitées ou perforent les méninges et envoient des fusées purulentes du côté du cerveau, du cervelet ou des sinus. Il est exceptionnel (cas de Guisez) que ce stade soit remplacé par une réaction d'ostéite condensante. M. Abel a fait une étude pathogénique très complète des lésions. D'une part, l'infection d'origine otique s'étend au pourtour du conduit membraneux, gagne la face externe de la mastoïdite ou de l'écaille du temporal. Le périoste joue alors le rôle d'intermédiaire, l'infection peut être dite périostique. Toutefois les lymphatiques, les cellules mastoïdiennes du tegmen tympani et de la paroi supérieure du conduit sont souvent des voies de propagation à distance.

D'autre part le diploë, du fait de l'existence de cellules aberrantes dans son épaisseur, par son mode de vascularisation est une fois particulièrement favorable au développement de l'ostéo-myélite envahissante. D'après Moure et Brindel, l'auteur distingue six groupes de cellules mastoïdiennes : antérieur, externe, inférieur, postéro-inférieur, supérieur et profond. De plus, dans le pariétal, l'oc-

cipital, le temporal, dans la paroi supérieure du conduit, la pointe du rocher s'en rencontrent d'autres, toutes ces cellules pouvant être en relation avec l'antre et les unes avec les autres ou complètement indépendantes, c'est-à-dire aberrantes. Enfin le ralentissement circulatoire qui a lieu dans les veines diploïques par leur enchevêtrement et l'irrégularité de leur trajet, les anastomoses extra-craniennes qu'elles contractent sont autant de conditions qui favorisent l'extension du processus infectieux.

Ces données pathogéniques nous montrent toute l'importance d'une large intervention ; en cas d'ostéo-myélite, l'on aura soin de trépaner jusqu'au moment où l'on sera en plein tissu osseux sain, en évitant de ne pas ruginer le périoste au delà de la zone à réséquer. L'auteur considère du reste comme procédé de choix celui de G. Laurens. Quant au traitement consécutif autoplastique ou bien la perte de substance osseuse ne dépasse pas 2 centimètres et la régénération osseuse peut se faire spontanément, surtout chez les sujets jeunes, ou bien l'orifice de trépanation était vaste, et l'ostéoplastie sous-cutanée ou artificielle trouveront des indications.

Molard (de Paris).

V. — **L'intervention immédiate et la technique opératoire dans les coups de feu de l'oreille**, par Henri Solau (Thèse de doctorat, Paris, 1908, 8°, 63 pages).

Les coups de feu de l'oreille entraînent habituellement une infection consécutive des régions traumatisées et atteignent souvent des organes pour lesquels il y a surtout lieu de craindre l'infection (organes de l'audition, nerf facial, carotide, veine jugulaire interne, méninges). Dans tous les cas, il ne faut pas négliger de faire l'asepsie du cavum que l'on peut réaliser, d'une façon simple et rapide, à l'aide d'un tampon d'ouate imbibé d'un liquide antiseptique tel que l'huile d'olives au menthol salicylé. De plus, si le malade est dans le coma, il y a lieu de faire la ponction lombaire qui fait disparaître rapidement les signes de compression.

L'intervention chirurgicale doit être aussi précoce que possible ; elle est indiquée dans tous les cas où le diagnostic a pu être établi et où il y a lieu de craindre des complications toujours graves (troubles labyrinthiques, névrite faciale post-suppurative, ulcération de la carotide et de la jugulaire, méningo-encéphalite consécutive à un abcès sous-dural, etc.).

La méthode de choix pour l'opération consiste dans la recherche du projectile par la voie rétro-auriculaire avec ou sans évidement pétro-mastoïdien. Par une incision parallèle au sillon rétro-auriculaire, on arrive directement sur la partie antérieure du plan externe de l'apophyse mastoïde ; on décolle la lèvre antérieure de la plaie, le périoste étant compris dans le lambeau ; on fait de même sur la face postérieure du conduit. Après l'hémostase, on glisse par la plaie, une languette de gaze, dans le conduit auditif, de telle sorte que l'un des chefs passant hors du pavillon, et l'autre hors de la

plaie, on puisse rabattre l'oreille en avant. On découvre ainsi toute la région opératoire de l'oreille moyenne avec la balle qui peut s'y trouver logée.

La technique opératoire peut varier suivant les cas ; mais il existe certaines règles précises qu'il est bon de suivre : 1° il faut éviter les organes essentiels, tels que le labyrinthe et le nerf facial, si la balle les a respectés ; 2° on doit agir prudemment au voisinage de la carotide interne et de la veine jugulaire interne surtout si le corps étranger a occasionné de la suppuration par suite d'un séjour trop prolongé (diminution de la résistance des parois vasculaires au contact du pus) ; 3° on peut, s'il en est besoin, se donner du jour par l'évidement de l'attique, de l'aditus ad antrum, de l'antre et des cellules mastoïdiennes antésinusiennes ; 4° il faut, enfin, s'efforcer de libérer la partie la plus externe de la balle, afin de pouvoir la saisir avec une pince solide et l'extraire par des tractions répétées; il est, en effet, très important de ne faire aucune pesée sur la balle ou de la pousser plus profondément en essayant de l'enlever avant d'être assuré d'une bonne prise qui est toujours certaine si l'on a bien fait le dégagement préalable.

Une fois le corps étranger extrait, on termine l'opération et on referme la plaie, comme on a coutume de le faire à la suite de l'évidement pétro-mastoïdien, c'est-à-dire en assurant, par le conduit auditif, une large voie pour les pansements ultérieurs et en fermant la plaie rétro-auriculaire ; le résultat esthétique ainsi obtenu est parfait.

Quant aux voies sus- et pré-auriculaires, elles constituent des méthodes d'exception qu'il faut réserver à des cas bien déterminés.

Léon Delmas (de Paris).

VI. — **Nouvelles méthodes de traitement des tumeurs de l'espace naso-pharyngien**, par Albert Schliebs (Thèse de doctorat de Greifswald, 1908, in-8°, 28 pages).

Le traitement des tumeurs naso-pharyngiennes donne encore aujourd'hui matière à de nombreuses discussions entre les laryngologistes et les chirurgiens. Les spécialistes, presque tous fervents du traitement conservateur, sont d'avis de traiter ces tumeurs au moyen de l'électrolyse, etc., même dans les cas les plus graves, tandis que les chirurgiens estiment que toutes les tumeurs de la base du crâne et de la cavité naso-pharyngienne relèvent d'un traitement chirurgical spécial.

Le traitement causal des tumeurs fibreuses naso-pharyngiennes peut se faire de deux façons différentes : 1° par la destruction de la tumeur ; 2° par son ablation.

La méthode moderne de destruction de la tumeur repose sur l'emploi de l'électrolyse qui donne des résultats tout à fait satisfaisants.

Quant au traitement chirurgical proprement dit, il peut se faire suivant deux procédés : 1° l'ablation se fait en empruntant les voies

naturelles (bouche ou fosses nasales) ; 2° l'extirpation peut être précédée d'une opération préliminaire. Dans le premier cas, on a recours à l'anse galvanique, à la pince à bords tranchants ou mousses, ou encore à la curette tranchante. Hinsberg rapporte avoir extrait, par les voies naturelles, des tumeurs ayant les dimensions d'un œuf de poule, avec la simple pince de Kuhn.

Lorsque l'extirpation de la tumeur nécessite une opération préparatoire, quatre procédés différents peuvent être utilisés. Ce sont : 1° la voie nasale ; 2° la voie buccale ; 3° la voie faciale ; 4° la voie pharyngienne ; enfin il existe de nombreuses combinaisons de ces différentes méthodes.

Les méthodes nasales sont abandonnées de plus en plus de nos jours, parce que le champ opératoire est des plus limités, que le chirurgien voit mal ce qu'il fait, et que les craintes d'hémorragies sont aussi grandes que dans les autres procédés.

Les méthodes buccales ont encore de chauds partisans ; mais on ne trouve plus guère, dans la littérature médicale, que des cas opérés suivant les procédés de Kocher ou de Partsch.

L'opération de Kocher a été décrite par Lanz ; elle consiste à sectionner toute la lèvre supérieure jusqu'à la narine, à inciser la muqueuse buccale au-dessus du rebord alvéolaire et à séparer au couteau les deux maxillaires supérieurs ; puis, sur la ligne médiane, on incise le voile du palais, et la voûte palatine osseuse et l'on écarte les deux maxillaires ainsi sectionnés ; il est alors possible de bien et d'inspecter suffisamment toute la cavité nasale. Les inconvénients de ce procédé sont : d'abord, le danger constant d'une forte hémorragie qui peut être suffisante pour faire tomber le malade dans un collapsus rapide et empêcher l'achèvement de l'opération ; et ensuite la possibilité d'une aspiration du sang. Ce dernier danger peut être écarté en partie : 1° en mettant le malade dans une position telle que le sang ne puisse plus passer dans la trachée (position de Rose) ; 2° en n'employant qu'une demi-anesthésie avec conservation du réflexe laryngé ; 3° par le tamponnement de la trachée avec la canule de Hahn ou de Trendelenbourg après avoir fait la trachéotomie ; 4° par l'intubation intra-buccale d'après Kuhn.

La méthode de Partsch, employée dans ces dernières années, est la suivante ; on fait une incision de la muqueuse buccale, passant au-dessus de l'arcade dentaire du maxillaire supérieur et allant de la deuxième molaire droite à la deuxième molaire gauche ; on récline ensuite les parties molles de façon à mettre l'os à nu ; puis, on ouvre la narine en avant en détachant la muqueuse du sinus piriforme ; on récline les parties molles fortement en haut et en dehors ; enfin, avec un large couteau introduit dans la plaie on sectionne la cloison et les parois antérieure et externe des sinus maxillaires ; et en se servant de la partie postérieure du corps du maxillaire supérieur comme de charnière, on relève le lambeau osseux ainsi formé ; l'on se ménage ainsi un espace suffisant pour atteindre la tumeur à enlever.

La méthode de Gussenbauer consiste à faire sur la ligne médiane l'incision du revêtement muqueux et du périoste de la voûte palatine, à décoller ces deux lambeaux, comme dans l'uranoplastie, et à sectionner au couteau la voûte palatine osseuse sur une longueur aussi grande qu'il est nécessaire. Ces effondrements partiels ou totaux de la voûte palatine osseuse sont comblés par le revêtement mucoso-périosté qui donnera ultérieurement naissance à du tissu osseux de néoformation. Cette méthode n'est plus employée.

Les méthodes faciales sont surtout mises en pratique à la clinique de Bergmann ; elles consistent dans la résection du maxillaire inférieur avec ou sans retroussement du lambeau nasal sur le front ; et donnant un jour complet sur l'orifice nasal supérieur et la partie haute du pharynx.

L'opération la plus récente pour l'ablation des tumeurs naso-pharyngiennes est la pharyngotomie sus-hyoïdienne transverse. Cette opération, exécutée d'abord par Grünwald, puis par von Hacker, Spisarny et Fedoroff, dans des cas de tumeurs malignes de la base de la langue et des amygdales, a été préconisée, pour la première fois, par Hoffmann pour l'extirpation des tumeurs du naso-pharynx. La technique est la suivante : on place le malade en position déclive, la tête légèrement inclinée en arrière ; on fait une incision transversale, de 12 centimètres de long, au-dessus de l'os hyoïde. Puis on sectionne les muscles mylo-hyoïdiens, génio-hyoïdiens et hyo-glosses à une certaine distance de leurs insertions hyoïdiennes ; en récline en arrière les deux glandes sous-maxillaires ; on reconnaît et on évite les nerfs grands hypoglosses et les artères linguales, et l'on détache les insertions hyoïdiennes du tendon intermédiaire du digastrique. On arrive alors sur la muqueuse pharyngée que l'on incise transversalement ; mais cette plaie est peu béante, parce que l'os hyoïde est encore maintenu en place par les muscles stylo-hyoïdiens, le constricteur du pharynx et les fibres latérales de l'hyoglosse. On place ensuite des écarteurs, en avant sur la base de la langue, et, sur les côtés, sur les parois latérales du pharynx ; on peut obtenir ainsi une dilatation extraordinaire du conduit pharyngien ; ce qui permet à l'opérateur de bien voir tout le naso-pharynx, la face antérieure des premières vertèbres cervicales, l'amygdale pharyngienne et les orifices tubaires.

Dans les cas de tumeurs inopérables du naso-pharynx on peut obtenir une amélioration des symptômes locaux par les injections d'adrénaline (Rhodes) ou même par l'électrolyse (Onodi).

Léon Delmas (de Paris).

VII. — **Sur l'actinomycose du larynx**, par Adolf Natzler (Thèse de doctorat, Leipzig, 1908, in-8°, 46 pages).

L'infection actinomycosique débute, en général, en un point situé entre les piliers antérieurs et postérieurs du voile du palais ; par la voie descendante, elle gagne le larynx ; et de là, elle peut envahir les parties avoisinantes pour aboutir jusqu'au muscle sterno-cléido-

mastoïdien ; car, jusqu'à ce jour, il n'existe pas de cas d'actinomycose pure du larynx ; elle coexiste toujours avec une actinomycose du cou ; mais ce sont les symptômes laryngés qui dominent. Le processus actinomycosique envahit, plus ou moins rapidement, les parties internes du larynx où il provoque de grosses lésions.

D'après Kühne, qui a publié récemment un travail sur l'actinomycose laryngée, et aux conclusions duquel Natzler se range, les différentes manifestations cliniques de la maladie localisée au larynx, avec ou sans propagation aux tissus péri-laryngés, ne sont que des phases différentes d'un seul et même processus morbide.

Le champignon actinomyces peut atteindre le larynx de plusieurs façons : 1° il pénètre à travers les parties sus-jacentes au larynx ; 2° il emprunte les voies digestives ou respiratoires ; 3° il arrive jusqu'au larynx grâce à des métastases. Le premier et le troisième modes, de propagation sont rares ; presque toujours, c'est par la voie buccale que se fait l'infection. On sait, en effet, depuis longtemps, que la maladie se déclare surtout chez les gens qui ont l'habitude de mâcher des graminées, et en particulier, des grains de blé, et elle est fréquente chez les individus qui vivent dans les abattoirs. D'ailleurs, les voies de pénétration du champignon dans l'organisme sont des plus diverses : on a vu l'infection se produire à la suite d'une plaie du pied ; on a même accusé une carie dentaire d'être le point de départ de la maladie (cas de Kühne), et certains auteurs admettent que l'amygdale joue un rôle important dans la transmission de l'actinomyces ; mais, chez l'homme, la preuve n'est pas encore faite que l'amygdale soit la porte d'entrée à l'infection actinomycosique, surtout en ce qui concerne l'actinomycose du larynx.

Cette dernière affection n'est pas toujours facile à diagnostiquer ; et dans un certain nombre de cas, le diagnostic ne put être fait qu'au cours de l'opération (cas de Mündler et de Henrici). Le diagnostic différentiel doit être fait avec la tuberculose du larynx, la syphilis, le phlegmon chronique, etc. La syphilis du larynx est rapidement influencée par l'iodure de potassium, mais l'on a vu souvent des cas où ce médicament agissait favorablement sur l'actinomycose. De plus, dans l'actinomycose, il n'y a pas, en général, d'hypertrophie ganglionnaire locale ; mais, ce n'est pas là une règle absolue, car le malade, observé par Henrici, avait des ganglions augmentés de volume. Le diagnostic n'est donc pas des plus aisés. Il est plus facile lorsque le patient présente des trajets fistuleux, dans le pus desquels on trouve des grains d'actinomyces.

L'examen laryngoscopique, lui-même, ne nous permet pas de poser un diagnostic ferme. Parfois, il existe de l'actinomycose du larynx, et le laryngoscope ne révèle rien d'anormal ; d'autres fois, au contraire, l'examen laryngoscopique montre nettement un gonflement et un aspect néoplasique des parties internes du larynx ; on excise un petit fragment de la tumeur ; on recherche attentivement l'actinomyces et l'on ne trouve rien.

Le traitement de l'actinomycose du larynx peut être divisé en

trois parties : 1° le traitement chirurgical ; 2° les injections et les insufflations de poudres antiseptiques ; 3° le traitement interne.

Le traitement chirurgical consiste à ouvrir les trajets fistuleux, à évacuer le pus, et à enlever le plus possible de granulations avec la curette.

Les injections de liquide peuvent être faites soit avec une solution de sublimé (de 0,25 °/₀ à 1 °/₀), d'acide borique (Volkmann), de teinture d'iode (Israël), d'acide phénique, etc. ; Karewski a employé l'onguent colloïdal de Credé ; l'alcool et la tuberculine furent même utilisés (Kahler, Zupnik).

Parmi les caustiques, il convient de citer le chlorure de zinc (Geissler-Jänicke), l'acide phénique, le nitrate d'argent; on a même eu recours au traitement électro-chimique.

Mais le seul traitement, réellement spécifique, est l'iodure de potassium administré à l'intérieur. D'après Natzler, le seul traitement rationnel de l'actinomycose du larynx est l'intervention chirurgicale combinée à la médication interne par l'iodure de potassium.

Enfin, le pronostic peut être considéré comme bénin, surtout si l'opération est possible et si l'actinomycose laryngée n'est pas compliquée de métastases dans d'autres viscères.

Léon Delmas (de Paris).

ZOMOTHÉRAPIE

Méthode ***RICHET-HÉRICOURT***

TUBERCULOSE

ANÉMIE

CHLOROSE

"LE SUC VITAL"

Plasma — Musculaire

PRÉPARÉ A FROID

USINES

ET

BUREAU DES COMMANDES

48, Rue la Procession

(PRÈS INSTITUT PASTEUR)

Téléphone : 726-87

PARIS

Médication

dépurative

Troubles

de la

circulation

DÉPURATIF H. CANONNE

Cresson — Raifort — Salsepareille

DOSE : Adultes : 2 cuillerées à soupe pendant les deux principaux repas
Enfants : 2 — à dessert —

DÉPOT

Toutes Pharmacies

H. CANONNE

Pharmacien

49, rue Réaumur 49

* PARIS *

IV. — NOTES DE LECTURES

I. — **Au sujet du lupus des voies aériennes supérieures avec considération spéciale des complications du côté de l'organe de l'ouïe**, par Prosper Levy (*Zeitschr. f. Ohrenh. u. f. d. Kranth. d. Luftw.*, fév. 1908, vol. LV, 3e partie, pp. 200-248).

Les auteurs disposent de 63 cas de lupus des voies aériennes supérieures, c'est-à-dire de 0,98 °/₀ de tous les cas d'affections du nez observés dans la clinique de Bâle du 1er avril 1889 au 1er avril 1907, pourcentage relativement élevé (Chiari 0,14 °/₀, Gerber 0,28 °/₀).

Sexe. — 16 hommes (= 25,4 °/₀) et 49 femmes (= 74,6 °/₀), c'est-à-dire près de 3 fois plus de femmes que d'hommes.

Age. — Le plus grand nombre de ceux qui se présentent pour le traitement sont dans la troisième décade (30 °/₀). 25 °/₀ placèrent le début de l'affection dans la deuxième décade, 25 °/₀ dans la quatrième; 3 malades le placèrent dans la première et un dans la huitième. 27 le placèrent avant la 25e année, 36 après.

Lieu de résidence et situation sociale. — Comme Rayer, les auteurs trouvèrent le lupus plus souvent à la campagne que dans les villes et plus rarement dans les classes riches que chez les pauvres. Des 63 malades, 57,1 °/₀ habitaient la campagne, 42,9 °/₀ la ville. La grande majorité des malades se recrutèrent chez les ouvriers, les laboureurs et les domestiques.

Rapports avec la tuberculose et l'hérédité.

Les auteurs trouvèrent 39,6 °/₀ d'hérédité, et l'hérédité tuberculeuse était la plus fréquente, 20 fois chez les collatéraux, 16 fois dans l'ascendance, 4 fois dans la descendance.

Seulement une fois trouvèrent-ils le lupus de la muqueuse nasale chez un sujet dont le père était également atteint de la même affection et d'une autre localisation tuberculeuse.

État pulmonaire.

Dans 21 cas (33,3 °/₀) le poumon était affecté ou douteux et cela, le sommet droit le plus souvent (19 fois sur les 21 cas). Dans tous ces cas il s'agit de tuberculose pulmonaire chronique *indurative*. Dans les cas de maladie pulmonaire unilatérale et d'affection nasale unilatérale, en général le côté du poumon atteint ne correspond pas avec le côté du nez atteint. Deux des malades moururent de tuberculose pulmonaire, l'un 10 ans, l'autre 7 ans après le début du traitement et après que, dans le cours de celui-ci, fut obtenue, dans les deux cas, une guérison temporaire du lupus de la muqueuse. Il y eut 3 cas qui guérirent pendant le temps du traitement de tuberculose

pulmonaire cliniquement déterminée et un cas où une diminution importante des symptômes cliniques du côté du poumon fut observée.

Autres facteurs étiologiques. — Les maladies infectieuses aiguës rendent souvent manifestes des lésions tuberculeuses latentes.

Chez les cas des auteurs il y eut 4 fois la rougeole, 2 fois la diphtérie, 1 fois le rhumatisme articulaire et 1 fois l'influenza. Parmi les causes locales il faut citer les blessures de la peau et de la muqueuse, eczéma, catarrhe.

Plus important encore pour le développement du lupus des muqueuses des voies aériennes supérieures sont les eczémas du vestibule du nez ainsi que les *catarrhes secs* des muqueuses nasale et pharyngienne (Siebenmann et Ribary, Brieger, Cohn, Kaposi, Hebra). Les auteurs trouvèrent 16 fois l'eczéma sec, 7 fois la pharyngite sèche et 1 fois de l'ozène très prononcé. Comme le lupus, la pharyngite sèche se voit surtout chez la femme.

En ce qui concerne la *grossesse*, sur 5 cas, 2 placèrent le commencement de leur lupus à l'époque de la grossesse, 3 cependant furent enceintes plusieurs fois pendant la durée de leur lupus sans que celui-ci ait été défavorablement influencé.

L'érysipèle de la face fut observé 6 fois, 5 fois au début du lupus, 1 fois pendant le cours de celui-ci. Dans ce dernier cas l'érysipèle n'eut aucune influence sur le lupus ; dans les 5 autres l'érysipèle se surajouta au lupus. L'association doit s'expliquer par la rhinite sèche antérieure qui, comme Siebenmann l'a montré, prédispose aussi bien à l'érysipèle qu'au lupus. Dans ces circonstances il est difficile de dire si l'érysipèle a influencé l'apparition du lupus.

Les auteurs auraient eu deux cas où le lupus et la *syphilis tertiaire* se seraient combinés, la syphilis ayant été antérieure au lupus. Le traitement spécifique fit disparaître les lésions syphilitiques, tandis que les lésions lupiques persistèrent jusqu'à ce que le traitement habituel du lupus les fit disparaître.

Des 63 cas de lupus de la muqueuse des voies aériennes supérieures dont la pituitaire fut tôt ou tard atteinte, 34 montrèrent des lésions lupiques de la peau. Des 29 autres cas il faut en exclure 5 dont l'état n'a pas été suffisamment noté au premier examen et qui ne revinrent pas. Il reste donc 24 cas dont le revêtement cutané fut épargné. 7 de ceux-ci montrèrent des lésions de la muqueuse nasale et de la plus grande partie du vestibule, les 17 autres des lésions limitées exclusivement à la muqueuse. On doit donc les considérer comme des cas de lupus primitif de la muqueuse, c'est-à-dire n'étant pas propagés par la peau. Ce n'est pas à dire pour cela que le processus lupique soit l'unique manifestation tuberculeuse de l'organisme, car sur les 17 cas les auteurs ne peuvent se prévaloir que d'un seul cas de ce genre. Avec Cohn et Gerber, les auteurs sont d'avis que le lupus primitif de la muqueuse serait au moins tout aussi fréquent que le lupus de la peau, si les malades se présentaient plus tôt à l'examen. Leurs cas leur permettent de conclure comme

Forchhammer et Holländer, que la propagation de la muqueuse vers la peau est plus fréquente que l'inverse.

Localisation. — a) *Nez.* La muqueuse des parties profondes fut atteinte seule dans 17 cas, la muqueuse et le vestibule ensemble 37 fois, le vestibule seul 4 fois. Les deux fosses nasales étaient atteintes 42 fois, une fosse nasale seule 16 fois et cela 7 fois la droite et 9 fois la gauche. 32 fois les deux narines étaient également atteintes; 2 fois le processus était plus étendu à droite qu'à gauche et 8 fois plus étendu à gauche qu'à droite. La surface interne de l'aile du nez était assez souvent atteinte, le côté droit plus souvent que le gauche (11 : 8) ; de même la commissure antérieure du vestibule (9 : 5). Le septum cutané était atteint 7 fois, le plancher 6 fois (3 fois de chaque côté), l'angle formé par le septum et la paroi latérale à l'intérieur du nez 5 fois. Dans cette dernière localisation du lupus, 2 fois il se produisit une pénétration du processus à travers la muqueuse, le cartilage ou l'os jusqu'à la surface cutanée. Très souvent le processus lupique atteint les cornets et surtout le *cornet inférieur* à sa partie antérieure :

Cornet inf. droit : bout antérieur 26 fois, bout post. 1 fois, surface totale 6 fois.

Cornet inf. gauche : bout antérieur 29 fois, bout post. 1 fois, surface totale 3 fois.

Les cornets moyens sont bien moins souvent affectés :

Cornet moy. droit : bout ant. 7 fois, surface totale 1 fois.

Cornet inf. gauche : — — 10 bout post. 1 fois.

Le méat moyen était atteint 1 fois. Ces chiffres montrent que le *lupus prend en général son origine dans la partie antérieure du nez.*

4 fois seulement le septum n'était pas atteint et 4 fois il fut atteint après que les cornets étaient déjà atteints. Dans 10 cas le lupus resta limité à un côté du septum ; dans 14 il débuta d'un côté et de là traversa le cartilage pour atteindre l'autre côté. Dans 11 cas les deux côtés étaient atteints en même temps et également.

La *perforation du septum* fut observée 32 fois, 10 fois dans le cours du traitement. Dans la majorité des cas c'est le septum cartilagineux qui était perforé, 4 fois le septum osseux seul. Plusieurs fois la perforation n'était pas visible, bouchée qu'elle était par des granulations.

Les auteurs concluent donc que le *lupus a une prédilection marquée pour le septum, particulièrement pour la partie cartilagineuse. En deuxième ligne viennent les cornets inférieurs et leurs bouts antérieurs, puis moins souvent les bouts antérieurs des cornets moyens. La narine gauche est plus fréquemment affectée que la droite.*

En considération de ces faits on doit se rappeler la métaplasie épithéliale fréquente, constatée par Oppikofer, des têtes des cornets inférieurs et moyens et surtout du côté gauche, plus fréquente, il est vrai, chez l'homme que chez la femme ; on doit aussi se rappeler que dans la rhinite sèche antérieure existe également, d'après Siebenmann, une métaplasie épithéliale du septum cartilagineux qui est la région du septum la plus fréquemment atteinte de lupus.

On trouve souvent des ragades dans le vestibule nasal, un raccourcissement cicatriciel du septum cutané, affaissement des ailes du nez ; celles-ci paraissent un peu raccourcies et touchent le septum.

Le lupus de la muqueuse se présenta aux auteurs sous la forme de nodules, de granulations, d'ulcères, d'infiltrations diffuses et plates ou bosselées en forme de tumeurs. *La sonde s'enfonce dans les points malades d'une façon remarquablement facile*, ce qui les fait facilement saigner. En règle générale, le diagnostic fut affermi par l'examen histologique.

On doit attribuer au doigt un rôle assez important dans l'infection lupique ; les malades atteints de rhinite sèche avec ou sans perforation du septum ouvrent en arrachant les croûtes des portes à l'infection (infection aérogène). La propagation se fait *per continuitatem* par les voies sanguine et lymphatique. Pour la bouche et le pharynx et les parties supérieures du larynx, à part les sécrétions bacillifères du nez et des poumons et l'air respiratoire, l'infection peut se faire au moyen des produits alimentaires recélant des bacilles.

L'*absence de douleurs* est caractéristique du lupus des muqueuses. L'*imperméabilité nasale* se voit dans les cas très avancés de lupus nasal, de temps en temps se produit de l'*épistaxis* et dans quelques cas des *démangeaisons*.

S'il y a fétidité, celle-ci est due à la rhinite atrophique concomitante. Dans le pharynx parfois les processus sont extrêmement avancés sans produire le moindre symptôme. Dans les cas très avancés de lupus du larynx, il y a *dyspnée*, mais jamais dysphagie, même quand l'épiglotte est atteinte.

b) *Bouche, pharynx et larynx.* Ces localisations sont plus rares que dans le nez ; les auteurs trouvèrent le lupus deux fois dans la bouche, sept dans le pharynx et cinq dans le larynx. Le pharynx nasal est également rarement atteint (deux fois parmi les cas des auteurs) contrairement à l'opinion de Brieger qui le trouve remarquablement souvent atteint et relativement de bonne heure, contrairement à la tuberculose vraie.

La paroi postérieure du pharynx et l'épiglotte furent les parties les plus régulièrement atteintes. Sur tous les points de la bouche, du pharynx et du larynx, ils trouvèrent à l'occasion des foyers lupiques ou leurs résidus et une fois dans l'espace sous-glottique. Une fois, le processus s'étendit du palais dur à travers les interstices des dents sur la paroi antérieure et externe de l'apophyse alvéolaire. Généralement la muqueuse des joues et les gencives de la mâchoire inférieure restèrent indemnes.

Le lupus du pharynx, surtout de sa paroi postérieure, guérit en laissant une grande, large et blanche cicatrice, ressemblant aux cicatrices syphilitiques, même jusqu'à l'apparence étoilée. Assez souvent, la luette fit défaut, ainsi qu'une grande partie de l'épiglotte. Le cas sous-glottique guérit en laissant un diaphragme cicatriciel. Seulement dans un cas, la paroi postérieure du larynx fut atteinte ;

dans deux cas, et cela tardivement, les cordes vocales. Aucun cas de lupus du pharynx, de la bouche et du larynx ne put être considéré comme primitif et rarement une de ces régions fut atteinte isolément.

Complications tuberculeuses d'autres organes. Les auteurs trouvèrent trente fois de la lymphadénite tuberculeuse, donc dans 47,6% des cas. Les glandes sous-maxillaires et jugulaires étaient surtout atteintes. Il y eut six cas de *tuberculose osseuse*, c'est-à-dire dans 9,5 %, soit pendant le cours du lupus, soit antérieurement à son développement. Dans un cas, il y eut de la tuberculose des gaines tendineuses de l'avant-bras et des pieds.

Sur les 63 cas, il y eut 11 fois affection de l'*œil* : 1 cas d'imperméabilité du canal naso-lacrymal, 10 cas de dacryocystite dont 3 cas avec fistule. Dans 2 de ces 10 cas, l'affection était bilatérale et le caractère tuberculeux de la suppuration fut déterminé. Dans tous ces cas, la tête du cornet inférieur dans la région de l'orifice nasal du canal lacrymal était atteinte du processus tuberculeux.

Maladies de l'oreille comme complication du lupus nasal. Sur les 63 cas, il y eut 30 fois (c'est-à-dire 47,6 %) affection de l'oreille, et en supprimant 5 cas dont la durée d'observation fut insuffisante, le pourcentage s'élève à 51,7 %. 17 fois les deux oreilles furent atteintes, 10 fois l'oreille droite seule et 3 fois la gauche. Donc la bilatéralité l'emporte.

Dans les 17 cas, 10 étaient des femmes, 7 des hommes; des 13 autres, il y avait 11 femmes et 2 hommes. Donc le sexe féminin domine.

Le tableau suivant indique la répartition des diverses affections de l'oreille :

Lupus de l'oreille externe (pavillon et conduit ext.)	5
Catarrhe aigu de l'oreille moyenne	1
Affection de la trompe d'Eustache (gonflement catarrhal)	3
Otite moyenne purulente aiguë	2
— — chronique (nature tuberculeuse non déterminée, et parmi ces cas, 1 cholestéatome)	3
Lésions ayant évolué (cicatrices, infiltrations calcaires, etc.)	9
Dysacousie	2
Surdité nerveuse	2
Affection tuberculeuse de l'oreille moyenne (7 fois bilatérale), 5 fois affection concomitante de l'oreille interne, 3 fois avec surdité complète.	10
Surdité sans affection de l'oreille moyenne	1

Les auteurs rapportent trois cas de tuberculose de l'oreille moyenne ayant leur point de départ dans un lupus de la muqueuse nasale et ayant envahi l'oreille par l'entremise de la trompe d'Eustache. Il s'agissait de tuberculose chronique muqueuse infiltrante avec phénomènes destructifs minimes et guérison par suite d'un traitement approprié. Bénin à ce point de vue, *le processus était malin en ce que, dans les trois cas, il atteignit rapidement le labyrinthe dont il détruisit les fonctions statiques et acoustiques.*

Marche et pronostic du lupus des muqueuses.

La marche du lupus de la muqueuse des voies aériennes supérieures est chronique et récidivante. Le pronostic *quoad vitam* est bon sous l'influence d'un traitement approprié, le pronostic *quoad sanationem* est mauvais.

Traitement. La prophylaxie est la même que pour la tuberculose en général, *mais il faut s'appliquer tout particulièrement au traitement soigneux et ininterrompu de la rhinite sèche antérieure, de l'ozène et de la pharyngite sèche.*

Aucun traitement local préconisé jusqu'à présent n'est spécifique. Celui de la clinique de Bâle consiste en curetage suivi d'application de la pâte arsénicale ou de la pommade créosoto-salicylée. Le curetage doit être fait à fond et on peut y associer la galvanocautérisation. La tuberculine fut employée dans six cas sans aucun résultat durable. Dans un cas, la tuberculine de Béraneck provoqua une aggravation nette de la complication auriculaire, mais dans ce même cas, après l'opération radicale, la tuberculine Denys localement appliquée produisit un effet calmant sur les douleurs. Dans 4 cas, l'iodure de potassium produisit au début un bon résultat, mais plus tard ne donna aucun résultat favorable ; dans 3 cas, une amélioration fut obtenue par une cure d'altitude. 3 cas compliqués de lupus de la peau furent soignés avec bon résultat par excision et transplantation de Thiersch.

Pour des parties profondes du larynx et des nodules disséminés de la peau, la galvano-cautérisation donna de bons résultats.

Les auteurs eurent une *amélioration* dans 5 cas, une *guérison passagère* (plusieurs mois à 5 ans) dans 46 cas et un seul cas de *guérison durable* d'un lupus très étendu.

Dans ce dernier cas, l'iodure de potassium agit bien au début, mais échoua plus tard, alors que le traitement habituel du lupus amena la guérison ; le malade est resté sans récidive depuis 15 ans. Les récidives sont donc la règle, malgré un traitement énergique.

Les méthodes radiothérapiques, rayons de Finsen, de Röntgen et la radiumthérapie sont dispendieuses et ne donnent pas plus d'assurance de guérison que le traitement indiqué ci-dessus.

Holländer a préconisé le traitement du lupus par l'air chaud, et dernièrement par le calomel et l'iode. Les auteurs ne se prononcent pas sur la valeur de ces méthodes et en ce qui concerne celle de l'iodure de potassium, ils attendent le résultat d'autres observations. Ils donnent à la fin de cet intéressant travail une importante bibliographie de 93 publications. C.-J. Koenig (de Paris).

II. — **Études cliniques sur la chirurgie de la méningite otogène**, par Alexander (*Arch. f. Ohrenh.*, Vol. 75, p. 222 et vol. 76, p. 1, 1908).

Par une étude approfondie des cas de méningite otogène qu'il a

observée dans ces dernières années, l'auteur est parvenu à grouper les cas de méningite d'après la forme spéciale de la maladie originelle, et il propose la division suivante : 1) méningite par otite moyenne purulente aiguë, sans autre complication ; 2) méningite par otite moyenne purulente chronique, sans autre complication ; 3) méningite par abcès cérébral otique ; 4) méningite par thrombophlébite otique et abcès extra-dural ; 5) méningite par suffocation labyrinthique.

Dans chacun de ces groupes il y a trois formes différentes de méningites : 1) celles qui ont une relation anatomique évidente avec la région de l'oreille ; 2) celles qui ne présentent pas une telle relation et 3) les méningites tuberculeuses.

Parmi les méningites circonscrites, l'étude de celles qui sont limitées au côté de l'oreille malade présentent un intérêt particulier ; il n'est pas rare que les altérations se limitent alors à la fosse moyenne et postérieure du crâne. A la dernière forme appartient avant tout la méningite labyrinthogène.

A. nous donne la relation détaillée de 13 cas de méningite otogène et commente chacune de ces 13 observations. Il termine son travail par les considérations suivantes :

Quelle valeur doit-on attribuer à la ponction lombaire dans la méningite, au point de vue clinique et pratique, pour le diagnostic, l'indication opératoire, le traitement ?

Pour ce qui concerne la pression sous laquelle le liquide cérébro-spinal est évacué, il y a de notables variantes. Une augmentation de la force du jet d'écoulement indique une augmentation de pression intra-méningée, et est toujours un signe certain de méningite, principalement de méningite séreuse ou méningite purulente diffuse. Une pression d'écoulement normal se rencontre fréquemment dans la méningite tuberculeuse, parfois aussi dans la méningite purulente, et dans celle-ci particulièrement lorsqu'il existe un exsudat purulent massif, rendant le liquide cérébro-spinal moins fluide. Pour la mesure de la pression d'écoulement, point n'est besoin d'un appareil particulier. Une appréciation directe de force du jet suffit en clinique : trajectoire ou cercle dans le cas de pression normale, ou ellipse dans le cas de pression augmentée ; écoulement en gouttes dans le cas de pression diminuée. Un résultat négatif de la ponction est rare ; c'est un signe de méningite purulente et d'exsudat massif dans la fosse cranienne postérieure obstruant le foramen machandi, ou bien un signe de méningite spinale.

Pour la couleur du liquide de ponction, les remarques suivantes sont à considérer : Un liquide clair, coloré en jaune se rencontre parfois dans la méningite tuberculeuse. Dans la méningite purulente il est presque toujours blanc ou jaune, et en même temps trouble. D'une plus grande importance est la transparence. La présence dans le liquide clair de points ou filaments blanchâtres vient à l'appui d'un diagnostic clinique de méningite. Cependant il faut observer que dans l'espace intra-méningé, au voisinage d'un territoire puru-

lent, on peut observer un trouble du liquide cérébro-spinal, sans qu'il existe aucune trace d'inflammation des méninges (Körner, Voss). Relativement à l'examen microscopique, le tableau de la méningite purulente infectieuse est bien caractérisé : leucocytes polynucléaires et microorganismes.

Mais pour l'appréciation clinique de chaque cas. la recherche microscopique n'est jamais suffisante, car les bactéries qui se décèlent très bien par les colorants, peuvent ne donner aucune culture, ou se montrer complètement inoffensives chez l'animal

	Normal	Méningite séreuse	Méningite tuberculeuse	Méningite par abcès cérébral ou thrombose de sinus	Méningite circonscrite	Liquide mélangé de sang	Méningite hémorragique
Pression d'écoulement . .	n	augmentée	n	n augmentée	n augmentée diminuée	n	augmentée
Couleur	—	—	—	gris	jaune purulent	rouge	rouge
Transparence	+	+	+ trouble	trouble	trouble	trouble	trouble
Éléments microscopiques	L	L	L Bac. tuberc. + / —	L P M	L P M	L	L P
Formation de caillots	—	+	+	+	+	+	+

L = Lymphocytes, P = Polynucléaires, M = Micro-organismes.

inoculé. Dans la plupart des cas la présence de bactéries dans le liquide est liée à son aspect trouble, à sa couleur grise ou jaune ; cependant un liquide clair peut contenir également des bactéries, d'autre part c'est aussi une altération pathologique typique de liquide cérébro-spinal que d'être trouble sans contenir de bactéries. Enfin avec des symptômes complètement développés de méningite purulente, on peut trouver le liquide cérébro-spinal encore clair et stérile.

D'une plus grande importance diagnostique est l'apparition de caillots dans le liquide au repos après 3-24 heures (Breuer). Elle renseigne sur l'altération méningée, particulièrement dans ces cas où le liquide cérébro-spinal est clair, et elle est donc caractéristique d'une méningite séreuse. Il faut seulement se garder de confondre ces caillots avec ceux que donnerait un mélange de sang, même en faible quantité, avec le liquide normal. L'auteur recueille toujours le liquide dans trois éprouvettes, de manière que la première portion éventuellement souillée de sang, soit séparée des deux autres.

L'auteur résume dans le tableau ci-dessus les éléments du diagnostic que fournit la ponction lombaire.

Le résultat de la ponction lombaire mérite une mention spéciale dans les cas d'inflammations suppurées voisines de la dure-mère ou extradurales : thrombophlébites suppurées et abcès étendus extraduraux. Là on trouve toujours dans le liquide des leucocytes polynucléaires en plus ou moins grande quantité, d'où son aspect trouble ; mais bactériologiquement il se montre complètement stérile. Résultat à peu près analogue dans les abcès cérébraux typiques non perforés, sans relation directe avec les espaces intraduraux. Le trouble du liquide est toutefois dans ces cas ordinairement très prononcé.

Enfin une place spéciale doit aussi être donnée aux méningites par suppuration du labyrinthe (voir *Zeitschr. f. Ohrenh.*, 1908).

Si la constatation de polynucléaires dans le liquide ne correspond pas à une méningite suppurée, elle indique cependant que les méninges ne sont pas normales. Ce résultat de la ponction lombaire peut, il est vrai, coïncider avec l'absence de symptômes cliniques de méningite et même avec un résultat d'autopsie négatif. Mais il faut remarquer que les signes cliniques de la méningite n'apparaissent que pour un degré assez prononcé d'inflammation des méninges et que même la recherche microscopique ne suffit pas toujours pour établir le stade de début d'une méningite.

Relativement à l'importance de la ponction lombaire pour l'indication opératoire, l'auteur émet les réflexions suivantes : Il est certain tout d'abord, ainsi qu'on l'admet en général depuis longtemps, que si une opération est décidée, elle doit être faite sans délai. L'opération ne sera retardée dans aucun cas jusqu'au moment où le liquide cérébro-spinal fournit des caillots ou une culture microbienne. L'importance de la ponction lombaire pour l'indication opératoire est ainsi singulièrement diminuée. La ponction lombaire nous fournit un renseignement exact sur l'état des méninges au moment de l'opération (si on la pratique immédiatement après l'opération cranienne), ce qui est d'un grand intérêt. Il est hors de doute que dans ces derniers temps les méningites qui se sont développées rapidement après l'acte chirurgical et ont conduit à la mort, ont été mises sur le compte de l'opération. Or, par la ponction lombaire, nous pouvons établir d'une façon précise l'état des méninges au moment de l'opération. Mais le résultat de cette ponction ne doit entraîner aucune contre-indication opératoire. L'opinion que la récolte d'un liquide cérébrospinal trouble contre-indiquerait l'opération est heureusement abandonnée. Ce n'est pas une raison pour dire que nous devons opérer tout cas de méningite purulente avancé. Mais l'abandon de l'acte chirurgical ne peut être basé que sur les symptômes cliniques et jamais sur le résultat de la ponction lombaire. Il faut toujours se souvenir ici qu'un liquide fortement troublé par du pus, peut se rencontrer dans les cas d'abcès du cerveau, de suppuration labyrinthique ou de thrombose des sinus (Körner, Voss, Alexander).

Discussion de l'opération. La première nécessité est l'ablation aussi complète que possible du territoire purulent de l'oreille (antro-

tomie, évidement, et dans les cas de labyrinthite, large ouverture du labyrinthe, mise à nu de l'oreille interne, jusqu'à écoulement du liquide céphalo-rachidien).

Dans la méningite suppurée, il est nécessaire d'ouvrir les fosses craniennes moyenne et postérieure, lieux ordinaires des collections purulentes, par l'enlèvement des toits de l'antre et du tympan. Puis on dénude le sinus et la dure-mère de la fosse postérieure en avant et en arrière du sinus, et par l'abrasion de l'arête supérieure du rocher on pratique deux ouvertures communicantes de la grandeur d'une couronne dans le haut du tentorium. Dans les cas de suppuration labyrinthique, la dénudation de la dure-mère des deux fosses craniennes devra précéder l'opération sur le labyrinthe.

Enfin il faut s'appliquer au drainage de l'espace intra-dural ; on l'obtient par des incisions convenables de la dure-mère. L'auteur recommande quatre incisions : deux dans la fosse moyenne, une entre le sinus et le labyrinthe et une derrière le sinus. Chaque incision doit avoir 1-2 centim. de long et éviter les gros vaisseaux sanguins. La ponction ventriculaire peut aussi aider au drainage (Boenninghaus).

Naturellement il n'est pas nécessaire de faire dans tous les cas des incisions multiples. Dans les cas de méningite localisée, le siège de l'incision variera suivant la localisation. Si l'os et la dure-mère sont intacts, s'il n'existe pas une tension exagérée de la dure-mère, il se peut que l'incision ne soit pas nécessaire.

Dans tous les cas, à la méningite est associé un œdème aigu du cerveau. Aussi la surface cérébrale fait-elle immédiatement saillie à travers l'incision de la dure-mère. Elle ferme rapidement l'orifice si l'œdème est peu accusé et la substance cérébrale encore intacte. Mais si le cerveau est ramolli, une bouillie de substance cérébrale fait hernie et en quelques secondes on voit se développer un prolapsus étendu. Dans les légers degrés d'œdème, le drainage peut être favorisé par l'introduction d'une courte mèche de gaze stérile dans l'espace intra-dural.

Le drainage de l'espace intra-dural sera favorisé par de fréquents pansements. Le premier peut être déjà fait le jour d'après l'opération, mais on se bornera naturellement dans la première semaine à renouveler les couches périphériques du pansement ; les mèches de gaze recouvrant directement la cavité opératoire seront seulement raccourcies et pour le reste laissées en place. Une nouvelle ponction lombaire après 2-3 jours est certainement recommandable. Chaque fois on peut sans danger retirer jusqu'à 20 ccm. de liquide.

En ce qui concerne le pronostic, c'est à peine si l'on peut dire quelque chose de général. Il est certain que deux conditions principales sont à considérer : 1° si le liquide de ponction contient des micro-organismes, leur espèce, leur virulence ; 2° si les altérations méningées sont reconnues à l'opération comme étant en relation locale avec l'oreille.

Dans les cas où le liquide de ponction ne contient pas de microbes

ou seulement des microbes dégénérés, le pronostic est plus favorable que dans les formes infectieuses où le liquide se montre très virulent. Relativement au second point, les cas les plus favorables sont ceux où les altérations inflammatoires et purulentes peuvent être suivies de l'oreille vers les espaces méningés, car nous avons alors par la technique opératoire, la possibilité de circonscrire le foyer d'infection. Naturellement on n'est jamais certain dans de tels cas qu'il n'existe pas d'autre foyer d'inflammation, mais c'est toujours un bon signe quand l'opération montre une localisation méningée en rapport avec la région auriculaire malade.

Le pronostic est mauvais pour les cas de méningite purulente infectieuse, où l'opération montre que la région durale du rocher est complètement intacte et les altérations de l'oreille moyenne peu accusées.

Défavorables enfin sont ces formes dans lesquelles l'infection intradurale provient de multiples plaques inflammatoires de pachyméningite, formes semblables à la méningite tuberculeuse, par carie de la base du crâne. On trouve alors dans la région de l'oreille des suppurations osseuses diffuses.

Wicart a admis, pour expliquer des cas de méningite otique foudroyante, des variétés anatomiques, amincissement, déhiscences osseuses, affaiblissant la barrière normale séparant l'oreille moyenne de la cavité cranienne. L'auteur ne trouve pas dans ses observations de quoi appuyer cette manière de voir. Toutefois il s'accorde avec Wicart pour reconnaître que dans les méningites graves la résistance du malade et son état général de nutrition sont de la plus grande importance. E. Hédon (de Montpellier).

V. — ANALYSES

I. — OREILLES

Au sujet d'un canal perforant artériel dans l'écaille du temporal de l'homme, par G. Cutore (*Arch. d'otologia de Gradenigo*, vol. XIX, 1908, p. 135 et suiv.).

Discussion sur les relations du canal infrasquameux de Grüber, d'un canal traversant l'écaille du temporal de l'endocrâne à l'exocrâne, avec toutes ses variétés de direction, ainsi par exemple quand, issu de l'endocrâne de l'écaille il vient s'ouvrir dans la suture temporo-pariétale accompagné plus ou moins d'un processus ensiforme de la table externe de cette écaille temporale même.

Massier (de Nice).

Adéno-phlegmons parotidiens fistulisés dans l'oreille, par Broca (*Journal du praticien*, n° 11, 1909).

Broca présente une fille de 11 ans atteinte depuis six mois d'un écoulement de l'oreille gauche, soigné sans succès par des lavages plus ou moins antiseptiques. Il ne s'agit pas d'ailleurs d'une otite. Cette enfant présente la partie postérieure de la région parotidienne en avant du tragus, au-dessous du lobule, rouge, gonflée et douloureuse ; le creux maxillo-mastoïdien est effacé ; en appuyant sur cette partie tuméfiée, on fait sourdre du pus dans le conduit. L'examen de l'oreille au spéculum est empêché par le gonflement du conduit.

L'affection a débuté par le gonflement, l'écoulement du pus par l'oreille n'étant survenu que quelques jours après. A diverses reprises le gonflement et l'otorrhée ont diminué ou augmenté.

Le diagnostic actuel est : adénite parotidienne suppurée ouverte et fistulisée dans le conduit auditif. Les adénites parotidiennes sont assez fréquentes chez les enfants et celles de la partie en contact avec la face inférieure du conduit s'y ouvrent facilement une voie. Le traitement va consister en une incision demi-circulaire circonscrivant l'insertion du lobule, ouvrant la collection et la drainant. La fistule auriculaire se fermera en quelques jours, comme c'est la règle.

Voici d'ailleurs un petit garçon de 4 ans et demi, opéré il y a 3 jours dans un état local identique à celui qui précède, et déjà presque guéri. Il y avait plus d'acuité dans les phénomènes : douleur intense et fièvre depuis 41 jours. Depuis l'opération il ne souffre plus ; autour du petit drain l'inflammation est tombée, les tissus sont assouplis. Dans peu de jours la cicatrisation sera complète. Le tympan est normal.

Les malades ont été revus guéris.

M. Binet (de Saint-Honoré).

Volumineux anévrisme cirsoïde du pavillon de l'oreille, par Serafini (*Policlinico Sez. chirurgica*, 1908).

L'auteur rapporte l'observation particulièrement intéressante d'un jeune garçon de 14 ans qui était porteur d'un volumineux anévrisme cirsoïde du pavillon de l'oreille gauche. On essaya tout d'abord les injections périphériques d'alcool pur, mais sans aucun résultat, puis l'ignipuncture et enfin la ligature de la carotide externe, ce qui ne donna pas de meilleurs résultats. Enfin, pour obtenir la guérison parfaite, il fallut amputer le pavillon. U. Calamida (de Milan).

Épithélioma du conduit auditif, par Piétri (*Gaz. hebdom. des sciences médic. de Bordeaux*, 15 mars 1908).

L'auteur présente un homme de 48 ans porteur d'un épithélioma du conduit auditif externe et d'une tumeur œsophagienne probablement de même nature. R. Beausoleil (de Bordeaux).

Rétrécissement de la trompe d'Eustache et ses conséquences désastreuses dues à adhérence dans la fossette de Rosenmüller, par Sohier-Bryant (de New-York) (*Medical Record*, 8 février 1908).

Le tissu lymphoïde, plus tard fibreux, obstrue souvent la fossette de Rosenmüller. Cette obstruction amène un défaut de drainage et de ventilation de l'oreille moyenne, puisque l'ouverture pharyngienne de la trompe ne peut librement fonctionner. D'où symptôme du rétrécissement tubaire (surdité, bourdonnements).

Le diagnostic peut se faire à l'aide du doigt ou du salpingoscope. Le traitement sera immédiat : curettage du tissu lymphoïde, rupture des adhérences avec le doigt ou l'instrument tranchant; cautérisation à l'azotate d'argent.

Ce n'est qu'après ce traitement qu'on pourra, si besoin en est encore, agir sur l'état de l'oreille moyenne. Menier (de Figeac).

Deux cas de paralysie du moteur oculaire externe au cours d'une otite moyenne, par Blanc (*Ann. mal. Or.*, n° 2, février 1909).

Il s'agit de deux malades qui ont présenté au complet le syndrome de Gradenigo : otite moyenne, douleurs temporo-pariétales, paralysie de la sixième paire. Chez tous deux (ce sont des enfants de 9 et 5 ans) l'otite a évolué sans réaction du côté de la mastoïde et s'est terminée par la guérison : mais quelques points aussi intéressants que spéciaux à chaque cas sont à relever : suppuration dans le premier cas, inflammation catarrhale simple dans le deuxième; durée très courte de la paralysie d'un côté, beaucoup plus longue de l'autre; ptosis bilatéral très net chez l'un, un peu de névrite optique chez l'autre.

Il en résulte que chacune des nombreuses hypothèses proposées pour l'explication du syndrome de Gradenigo ont leur point de vérité (voir la classification de Lombard et la thèse de Heyraud).

L'origine méningée de la paralysie oculaire paraît primer ici en raison des rapports de voisinage méningo-tympanique, de l'époque d'apparition du symptôme paralytique, des troubles associés, d'autant qu'il est logique d'admettre autour d'une cavité suppurante ou simplement enflammée l'existence d'une zone de congestion ou d'œdème suivant l'intensité de l'affection au point de vue infectieux.

FAIVRE (de Poitiers-Luchon).

Balle de Schrapnell dans l'oreille. Hémorragie du sinus latéral pendant l'opération. Guérison, par V. SOKOLOFF (*Rouscky Vratch*, 2 août 1908, n° 31).

Il s'agit d'un soldat chez qui la balle était visible au fond du conduit auditif externe. L'opération a été faite 12 jours après l'accident; c'est alors que se produisit l'hémorragie du sinus latéral où la balle avait en partie pénétré. La guérison fut obtenue par tamponnement.

M. DE KERVILY (de Paris).

Contribution à la pathogénèse de l'otite moyenne tuberculeuse, par BONDY (*Monats. f. Ohrenh.*, Zahrg. XLIII, Heft. 1, 1909).

L'auteur rapporte les différentes théories émises sur le mode de pénétration des bacilles tuberculeux dans l'oreille moyenne : d'après certains auteurs, ils seraient lancés dans la trompe à l'occasion des accès de toux ; pour les autres (Brieger), le transfert des bacilles jusqu'à l'oreille moyenne s'effectue par la muqueuse tubaire; or, il n'existe dans la littérature que deux cas où l'examen anatomo-pathologique démontra la réalité de ce mode d'infection.

Bondy en rapporte un troisième cas où l'otite tuberculeuse se compliqua de méningite.

Amédée PUGNAT (de Genève).

Sur la présence de corpuscules noirâtres dans le pus des otorrhées chroniques traitées par la photothérapie, par I. DIONISIO, de Turin (*Gazzetta medica italiana*, 8 octobre 1908).

Dans les suppurations de l'oreille avec carie des osselets ou du temporal traitées par la photothérapie, l'auteur a trouvé des particules noirâtres très fines, plus abondantes quand le processus s'acheminait vers la guérison. Elles étaient plus nombreuses aux régions où il y avait des érosions osseuses.

Ce n'est pas de l'otomycose, mais de la poussière osseuse, de tout petits séquestres.

Dans une préparation, on put trouver une cavité irrégulière, ovoïde, à prolongements en étoile, rappelant celles qui, dans l'os normal, renferment les cellules osseuses.

Il semble que l'élimination de ces corpuscules soit en rapport direct avec l'activité curatrice et surtout avec la longueur d'onde. On ne voit pas ces corpuscules dans les suppurations non accompagnées de carie. Il s'agit là d'une carbonisation de l'os, facile à com-

prendre si on veut se souvenir que les radiations augmentent les processus d'oxydation des tissus. MENIER (de Figeac).

Infection de l'oreille pendant 20 ans par un noyau de cerise, par ENSLEMONT (*British med. Journal*, 1909, I, p. 464).

Une malade s'est introduit à l'âge de 5 ans un noyau de cerise dans le méat. Les efforts des domestiques pour le retirer ne servaient qu'à l'enfoncer davantage. Mais le noyau resta en place sans inquiéter la malade autrement que par quelques douleurs de temps en temps. A l'âge de 25 ans, seulement, au septième mois de la seconde grossesse de la malade, l'oreille commença à couler et c'est alors que celle-ci se décida à venir consulter un spécialiste.

E. A. PETERS (de Londres).

Le traitement non opératoire de l'otite moyenne suppurée, par E. PRINCE FOWLER (*Medical Record*, 28 janvier 1909).

Pendant que l'otite s'installe, l'auteur donne du calomel, met le malade, couché, au régime liquide, évite les stimulants et excitants, et veille à procurer le repos du corps et de l'organe auditif.

La poudre de Dover, les boissons chaudes provoqueront la sudation et la chute de la fièvre. Sur la gorge, placer des compresses froides maintenues par un lien élastique ; il en résulte un grand bien-être.

Il emploie localement, toutes les deux heures, l'irrigation chaude à ventouse (*suction-bell irrigation*) qui permet d'éviter la perforation. Il faut surveiller le tympan et faire la paracentèse quand il y a tension, de même lorsqu'il y a rétention. L'eau oxygénée est utile pour détacher le pus épaissi, mais il faut l'employer avec précaution. On cautérisera les granulations.

Quand l'écoulement cesse et la perforation se ferme, instituer la politzérisation quotidienne.

Les solutions que l'auteur emploie (et jamais froides) sont : solution d'acide borique et de Vael, ou de bichlorure de mercure (de 1 p. 1.000 à 1 p. 10.000). MENIER (de Figeac).

A propos du traitement de la suppuration de l'oreille moyenne, par KLOTZ (*British med. Journal*, 1908, I, 499).

A propos d'un article récent de Milligan, Klotz insiste d'une façon toute particulière sur l'examen cytologique de l'exsudat et il croit que la présence des cellules épithéliales ne saurait prouver l'étendue des lésions ; d'ailleurs, s'il s'en rapporte à la plupart des examens, celles-ci se trouvent rarement. Il croit qu'il est beaucoup plus important de pratiquer l'examen bactériologique qualitatif et de rechercher le pneumocoque, le staphylocoque, le bactérium coli, le bacille d'Eberth, le pyocyanique, etc.

E.-A. PETERS (de Londres).

Une étude statistique sur la scarlatine de l'organe de l'ouïe, par F. R. NAGER (*Zeitschr. f. Ohrenh. u. f. d. Luftw.* Bd, LVI, IIIft. II u. III, Fév. 1909).

En comparant les nouvelles avec les anciennes statistiques, il ressort que les complications auriculaires scarlatineuses diminuent de nombre. Parallèlement on voit que le caractère de la scarlatine est devenu plus bénin dans ces dernières années. La fréquence des complications auriculaires devrait donc être un critérium de la malignité d'une épidémie.

Les recherches de l'auteur sur 750 cas montrent que dans 70 °/₀ des cas l'organe de l'ouïe ne fut pas atteint du tout par la scarlatine, et cela dans 59 °/₀ il resta fonctionnellement et anatomiquement normal pendant toute la durée de l'observation, tandis que dans 11 °/₀ au premier examen on pouvait constater des changements pathologiques qui dataient depuis longtemps et qui n'avaient rien à faire avec l'infection actuelle.

L'influence de la scarlatine sur l'oreille se manifesta dans les 750 cas sous les formes suivantes :

1) comme affection de la trompe dans.....	5 °/₀	des cas.
2) comme maladie du conduit auditif externe dans 7 cas.....	1,1°/₀	—
3) comme otite moyenne catarrhale aiguë ou non-perforative dans 7 cas.....	9,3°/₀	—
4) comme otite moyenne purulente aiguë ou perforative dans 43 cas.....	5,7°/₀	—
5) comme otite moyenne purulente aiguë avec mastoïdite dans 6 cas.....	0,8°/₀	—
6) dans la forme de récidive d'une suppuration chronique de l'oreille moyenne.....	1, °/₀	—
en chiffres ronds.....	23,0°/₀	—

L'auteur divisa les inflammations aiguës de l'oreille moyenne en formes précoces et en formes tardives selon que l'otite se manifesta pendant ou après la première semaine de la scarlatine.

En général on doit considérer les formes précoces comme une manifestation faisant partie de l'exanthème, tandis que les formes tardives doivent être mises étiologiquement sur le compte d'une affection naso-pharyngienne fibrineuse antérieure ou accompagnant la scarlatine et spécialement d'une infection secondaire partant du rhino-pharynx.

Les formes les plus fréquentes sont les otites moyennes catarrhales aiguës ou otite moyenne aiguë non-perforative; leurs symptômes et marche étaient typiques, leur pronostic tout à fait bon, la simple thérapie conservatrice fut presque toujours victorieuse. Cette forme n'était pas suivie de troubles de l'ouïe. La paracentèse ne fut faite que dans un très petit nombre de cas.

En deuxième lieu viennent les otites moyennes purulentes aiguës ou perforatives ; elles sont principalement unilatérales.

Dans 6 cas, c'est-à-dire 0,8 °/₀ de tous les enfants examinés ou 5 °/₀ des inflammations de l'oreille moyenne, ou encore 11,2 °/₀ des suppurations de l'oreille moyenne, il y eut mastoïdite suivie d'opération. Il s'agissait de formes précoces et tardives dans une propor-

tion égale. La mort ne s'ensuivit que dans un cas, mais elle fut causée autant par le caractère septique primitif de l'infection scarlatineuse que par la thrombose du sinus d'origine otique. Du reste, le pronostic de la guérison locale fut bon.

Un examen de contrôle consécutif des malades qui avaient souffert de suppuration scarlatineuse de l'oreille moyenne montra que dans 81 °/₀ il persista des troubles permanents de l'ouïe ; le pronostic des oreilles ainsi affectées est par conséquent peu favorable. Si nous rapportons cette proportion à la totalité des enfants examinés, nous trouvons qu'environ 4-5 °/₀ de tous les 750 scarlatineux souffrent de troubles permanents de leur organe auditif.

La question à savoir si les formes précoces ou les formes tardives sont plus mauvaises, trouve sa réponse dans le fait que numériquement les formes précoces étaient un peu plus fréquentes, mais que les otites graves de l'épidémie en question appartenaient en grande partie aux formes tardives.

L'examen histologique de deux cas d'otite scarlatineuse nécrotique démontre que dans la scarlatine, comme dans la tuberculose, une labyrinthite peut se produire sans solution de continuité de la capsule labyrinthique, simplement par suite de propagation de l'inflammation à travers les parties molles malades (ligament annulaire, fenêtre ronde).

On doit incriminer moins les influences bactériennes dans la production de cette labyrinthite que l'absence de résistance générale et locale.

La destruction complète de la muqueuse de la caisse dans ces cas forme une importante explication de l'apparition précoce du cholestéatome, en ce que à la place de l'épithélium cylindrique normal il doit se former un épithélium de cicatrice ou épithélium de transition qui sera étouffé par l'épithélium pavimenteux envahissant, ou qui sera même transformé directement en matrice génératrice de cholestéatome.

L'apparition d'*écoulement fétide* pendant le traitement soigneux d'une otite scarlatineuse est un symptôme de mauvais augure pour l'ouïe et aussi pour la vie du malade ; il indique une nécrose étendue des parties molles et de l'os.

Si l'on exclut les deux observations où fut microscopiquement déterminé un commencement d'irritation labyrinthique, on ne trouve parmi les 760 cas aucune panotite, aucune formation de séquestre du labyrinthe et aucune paralysie faciale. Ceci est complètement en accord avec les données de Weil, d'après lesquelles sur 850-1000 cas, il ne trouva qu'une fois une telle complication.

C.-J. Koenig (de Paris).

Sur l'otite causée par la scarlatine et la méthode de la guérir, par Nager, de Bâle (*Corresp. Blatt f. Schweizer Aerzte*, 1908).

Dans la partie statistique de son travail, le Dr Nager publie les

résultats suivants : Ses observations et celles de ses confrères le Dr Hug et le Dr Buser montrent que chez 442 (59 °/o) des malades attaqués de la scarlatine, les organes d'ouïe étaient sains, 308 (41 °/o) avaient une complication des oreilles, qui, chez 23 °/o, est causée par la scarlatine.

La trompe d'Eustache et l'oreille moyenne étaient attaquées naturellement le plus souvent Cette localisation de la maladie otitique se fait ou par la scarlatine elle-même ou par l'infection de l'organe de l'ouïe par la rhinite fibrineuse. Cette dernière est beaucoup plus dangereuse et elle est souvent la cause du cholestéatome.

Quoique l'otite scarlatineuse ne puisse pas être évitée par prophylaxie, l'auteur recommande une solution d'adrénaline dans le nez, suivie d'un nettoyage du nez.

Une otite moyenne purulente se traite d'après les règles connues. Schönemann (de Berne).

Contribution à la connaissance de l'affection scarlatineuse de l'apophyse mastoïde et des cavités accessoires du nez, par T. Rüedi (*Zeitschr. f. Ohrenh. u. f. d. Krankh. d. Luftw*, LVII, Bd. II u. III, Hft. Feb. 1909, pp. 198-228).

Pendant l'épidémie de scarlatine, durant les 4 dernières années, l'auteur put observer 19 cas de mastoïdite et 9 cas de suppuration des cavités accessoires du nez. Les 19 cas de mastoïdite se répartirent ainsi :

1) 1 à 5 ans ..... 12 cas
2) 6 à 10 — ..... 4 —
3) 11 à 20 — ..... 3 —

7 cas furent consécutifs à la forme précoce de l'otite, 12 à la forme tardive. Dans 11 cas, il y eut sûrement affection fibrineuse naso-pharyngienne concomitante ; dans 3 cas, celle-ci fit défaut tandis que dans 5 cas cette indication manque dans l'anamnèse. Parmi les 7 cas appartenant à la forme précoce, il y en eut 4 avec diphtérie naso-pharyngienne, 2 furent exempts de celle-ci, tandis que dans un cas l'indication manque.

Sur les 12 cas de la forme tardive, il y avait 7 fois diphtérie naso-pharyngienne.

Parmi les formes graves avec formation de séquestres, nécrose, thrombose du sinus latéral, abcès périsinusal, pénétration labyrinthique, etc. en tout 7 cas, 6 fois il s'agissait de formes tardives et une fois de forme précoce ; dans ce dernier manque l'indication sur la diphtérie naso-pharyngienne, tandis que dans tous les 6 cas tardifs il y avait sûrement diphtérie naso-pharyngienne.

Il existe donc un rapport de causalité étroit entre la diphtérie naso-pharyngienne et les graves affections secondaires de l'oreille moyenne.

Dans 10 des 19 cas de mastoïdite, on trouva à l'opération une *fistule osseuse*, dans 7 de la *nécrose osseuse*, dont 5 relevant de formes tar-

dives, 2 de formes précoces. Dans ces deux derniers cas, on trouva déjà à l'opération des séquestres libres qui étaient superficiellement placés dans la paroi latérale de l'antre. Dans les autres 5 cas, l'apparence de l'os était la plupart du temps très typique, c'est-à-dire d'une blancheur de marbre, exsangue, les cellules pneumatiques limitrophes le plus souvent sans gonflement réactionnel de leur muqueuse.

Il y eut *suppuration périsinusienne* dans 8 cas, thrombose complète du sinus sans putréfaction dans 1 cas. Dans 3 cas, il y eut des membranes fibrineuses dans l'antre et les cellules limitrophes. Dans les 3 cas, ces membranes furent constatées 2-3 semaines après le début de la scarlatine, dans 2, 7 et 11 jours après le début de l'otorrhée.

Dans 8 cas, le pus, pris directement de l'antre, montra le streptocoque blanc, court, long, pyogène, chacun une fois en culture pure, le diplostreptocoque également une fois. Dans un cas il y avait une infection mixte de streptocoques et de staphylocoques dorés et dans 1 cas, à côté du streptocoque pyogène, du staphylocoque doré et blanc, il y avait quelques bacilles diphtériques isolés.

En ce qui concerne la marche des mastoïdes opérées, il n'y eut qu'un cas mortel (mortalité 5,2 %). Des autres 18 cas, 10 guérirent dans l'espace de 3-4 semaines après l'opération. Les 6 cas compliqués de nécrose osseuse mirent 5-6 semaines à guérir, 1 cas mit plus de 3 mois.

Dans 3 cas, il y eut élimination de séquestres post-opératoirement, ce qui retarda beaucoup la guérison.

Dans 3 cas avec nécrose, on dut faire plus tard l'opération radicale, dans 1 cas environ 7 semaines après le simple évidement, car une sécrétion fétide persistait toujours ; une rapide guérison s'en suivit. Dans le second cas 7 mois après la guérison il y eut fonte de la cicatrice rétro-auriculaire et des masses cholestéatomateuses s'éliminèrent. Dans le troisième cas, trois mois après guérison, une sécrétion fétide se montra de nouveau et au moyen d'une canule on put faire sortir de l'aditus des masses cholestéatomateuses fétides. Ces deux derniers cas montrèrent l'intéressant phénomène de la formation de cholestéatome, après que l'oreille parut guérie depuis 3 et 7 mois respectivement, ou en tout cas fut sèche. C'est sur l'observation de cas analogues que Siebenmann se basa pour affirmer que le cholestéatome peut se développer non seulement par immigration d'épithélium pavimenteux, mais aussi *directement de l'épithélium de cicatrice de la caisse* (*Berl. klin. Wochenschr.*, 1893, n° 1, u. 33).

Dans 1 cas il se développa une *surdité bilatérale complète*. Il a été démontré (Herzog, Nager) que dans la tuberculose de l'oreille moyenne, dans le cholestéatome et dans l'otite moyenne scarlatineuse, une labyrinthite peut se développer sans solution de continuité des fenêtres labyrinthiques, mais par infection à travers celles-ci.

Les 9 cas d'inflammation scarlatineuse des cavités accessoires du nez se répartirent ainsi :

6 malades avaient de 1 à 5 ans,
1 malade avait entre 6 et 10 ans,
2 malades avaient entre 11 et 20 ans.

Dans 3 cas, l'inflammation commença pendant la période de l'exanthème, dans les 6 autres seulement 2 à 5 semaines après le début de la scarlatine.

Dans tous les 9 cas, il y avait inflammation ethmoïdale uni- ou bilatérale, dans 4 de ceux-ci il y avait aussi inflammation uni- ou bilatérale du sinus maxillaire, et seulement dans 1 cas (âgé de 18 ans), à part cela, inflammation bilatérale du sinus frontal. En tout il y avait 22 sinus atteints, à savoir 13 labyrinthes ethmoïdaux, 7 sinus maxillaires et 2 sinus frontaux.

Dans 4 cas, il y eut pansinusite, dont 3 moururent. 3 cas moins étendus guérirent spontanément en moins de 8 jours. Dans un cas il se développa une *rhinite sèche généralisée* et une *panotite* causant une surdité complète d'un côté et une forte diminution de l'ouïe de l'autre.

Dans 2 cas, on dut faire une ouverture extra-nasale des cavités atteintes et extraction de séquestres, et cela 1 ou 5 mois après le début de l'inflammation. Dans un de ceux-ci, la guérison fut obtenue deux semaines et demie après l'opération; dans l'autre la guérison fut plus lente.

Il y eut dénouement fatal, dans 4 cas (44 %), mais il fut causé non pas par l'inflammation des sinus, mais par le caractère septique de l'infection, et l'atteinte des organes internes. Il n'y eut pas de complications endo-craniennes.

Au point de vue anatomo-pathologique, les auteurs trouvèrent à l'autopsie qui se fit naturellement à la *période aiguë*, rougeur et épaississement de la muqueuse, c'est-à-dire *inflammation catarrhale*. Dans des états plus avancés, on trouva un *contenu purulent* et un *dépôt fibrineux*. L'os dans le voisinage était atteint de *ramollissement et nécrose*.

Les deux cas opérés illustrent les conditions anatomo-pathologiques dans les *stades plus avancés*. Dans l'un il y avait *néoformation de tissu conjonctif et osseux* dans le sens d'un comblement des cavités osseuses et qui avait fait suite à la nécrose de l'ethmoïde, ce qui ressemble à ce qui se produit dans *la mastoïdite aux périodes tardives*. Dans l'autre cas, l'opération fit découvrir *plusieurs séquestres*.

C.-J. Koenig (de Paris).

Un cas de méningite d'origine otique; opération; guérison, par Philip D. Kenison (*Archives of Otology*, vol. XXXVII, n° 2, p. 122).

Diagnostic précoce d'une complication méningo-encéphalique traitée par l'ouverture de la mastoïde et l'incision de la dure-mère. Le drainage des espaces sous-duraux peut être obtenu par simple incision sans le concours des mèches ou des drains artificiels. En agissant ainsi on ne devra pas laisser l'ouverture opératoire se fermer

jusqu'à ce que l'écoulement du liquide cérébral ait complètement agi. H. Massier (de Nice).

Sur le traitement opératoire de la méningite purulente causée par l'inflammation du labyrinthe, par le prof. Wittmaak, de Iéna (*Munch. med. Wochens.*, H. 42).

La ponction lombaire souvent répétée est indiquée quand on soupçonne une méningite causée par l'inflammation purulente du labyrinthe : quand cette ponction a découvert une méningite, l'ouverture du labyrinthe et du crâne (d'après la méthode de Neumann) est urgente. Cette façon d'agir garantit un diagnostic très tôt.

Schönemann (de Berne).

L'incision de Wilde, par Meren (*La Medicina de los Ninos*, mai 1908).

Enfant de 14 mois qui, au décours d'une scarlatine, fit une tuméfaction apophysaire après otite moyenne suppurée. On se contenta d'une incision de Wilde. Pour l'auteur, cette incision aurait des avantages sur l'antrotomie, sauf dans les cas où l'infection est plus profonde. E. Botella (de Madrid).

La localisation ordinaire et la localisation non commune de l'abcès cérébral otogène, illustrées par deux cas, avec guérison, par Sachs et Berg, de New-York (*Medical Record*, 23 janvier 1909).

Les abcès consécutifs aux affections auriculaires et mastoïdiennes sont généralement localisés dans les lobes temporo-sphénoïdaux ou dans le cervelet ; ils sont plus rares ailleurs. L'abcès ordinairement se développe au voisinage immédiat de la région enflammée et infectée ; si on le trouve dans la zone motrice ou en d'autres régions plus éloignées, c'est qu'il y a eu transport de l'infection.

Si l'abcès siège dans le lobe sphénoïdo-temporal gauche, en plus des symptômes généraux (céphalée, somnolence, nausées, vomissements, névrite optique peu marquée) il y a hémi-parésie légère et atteinte portée à l'interprétation et à la perception de la parole. L'aphasie sensorielle n'est pas rare quand l'abcès siège dans l'hémisphère gauche et les auteurs s'étonnent qu'on ne la trouve pas plus souvent mentionnée. L'abcès temporo-sphénoïdal droit est, lui, associé parfois à la dysarthrie.

L'abcès du cervelet, en plus des symptômes généraux, présente l'ataxie cérébelleuse, une augmentation ou une diminution des réflexes profonds, paralysie ou parésie du moteur oculaire externe, symptômes du côté du nerf acoustique et éventuellement des convulsions cérébelleuses. La zone motrice est rarement le siège d'abcès otogènes (jamais, selon Körner). Le second cas des deux chirurgiens new-yorkais montre cependant qu'un abcès otogène indubitable peut atteindre la zone motrice ; les symptômes étaient si peu marqués qu'on s'étonna de trouver un abcès de dimensions considérables.

Le premier cas des auteurs concerne un abcès temporo-sphénoïdal gauche atteignant légèrement les fibres descendant de la zone motrice. Opération. Guérison extrêmement rapide des symptômes paralytiques et aphasiques.

Trois considérations chirurgicales sont capitales :

1° Découvrir largement la région cérébrale où l'on suppose que l'abcès siège de préférence par lambeau ostéoplastique qui ne crée pas de perte de substance du crâne, ni ne prédispose pas à la hernie du cerveau.

2° Protéger les méninges contre l'infection par le contenu purulent de l'abcès. Les auteurs de l'article pensent que si l'abcès est profond, si les adhérences méningées ne forment pas une barrière protectrice, il faut opérer en deux temps : 1° ouverture du crâne et incision de la dure-mère ; puis établissement d'une barrière de gaze entre la pie-mère et la dure-mère ; 2° 24 heures après inciser et bien drainer l'abcès.

3° Drainer de bonne façon. Les abcès à parois molles se rapprochant quand la cavité est vidée seront drainés par une mince bande de caoutchouc au point le plus déclive ; on l'enlèvera au bout de 48 heures et on ne le remettra plus. Les abcès à parois rigides seront drainés par tube de caoutchouc ou d'os décalcifié au point le plus inférieur (pas de gaze qui au bout de quelques heures cesse d'agir comme drain). Pour les abcès des lobes frontal et pariétal, une contre-incision à la partie inférieure de la cavité de l'abcès est nécessaire pour établir le drainage. MENIER (de Figeac).

Manifestations cliniques et anatomiques de l'abcès cérébral otogène, par WIENER, de New-York (*Médical Record*, 23 janvier 1909).

L'auteur étudie la localisation des abcès cérébraux, cérébelleux, extra-duraux, d'origine otogène, leur nombre, la nature et les caractères du pus, la capsule (membrane pyogénique), l'étiologie (otite moyenne suppurée chronique ; plus rarement otite aiguë), leurs symptômes : céphalée, fièvre, lenteur et tension du pouls, vomissements, nausées, vertiges, constipation, troubles cérébraux, changement de caractère, hypochondrie, tendance au suicide, délire, attaques de manie, les modifications oculaires : névrite optique.

Il est des cas où les abcès sont latents et peuvent avoir des parois minces, tout en étant situés près des ventricules ou de l'espace sous-arachnoïdien. Dans ces cas, si l'on trépane d'abord la mastoïde, on risque d'amener la rupture de l'abcès avec conséquence rapidement fatale ; dans d'autres cas, des abcès latents peuvent ne se manifester qu'après un traumatisme cranien. Dans des cas de cette nature, il faut d'abord faire l'opération radicale et attaquer ensuite hardiment l'abcès.

L'opération radicale permet de lever tous les doutes quant à l'existence et à la localisation de l'abcès.

MENIER (de Figeac).

Contribution à la pathologie et à la thérapie de l'abcès cérébral otique, par F. Alt (*Zeitschr. f. Ohrenh. u. f. d. Krank. d. Luftw.* Bd. LVII. Hft. 2 et 3 Fév. 1909, pp. 13-123).

Les observations de l'auteur lui permirent d'arriver aux conclusions suivantes. A l'occasion d'un abcès du cervelet, chez une malade de 18 ans qui, immédiatement après l'opération, mourut de compression cérébrale, il fait la remarque que lorsqu'un malade, par suite de forte compression cérébrale, montre une somnolence marquée, on peut opérer sans narcose et sans anesthésie locale quelconque. Lorsque le malade jouit de sa pleine connaissance, mais a un pouls lent, une respiration très lente, éventuellement avec le type de Cheyne-Stokes, ce qui indique une forte compression endocranienne, l'opération doit être faite au moyen de l'anesthésie locale. Kocher a démontré expérimentalement que la dure-mère peut être rendue insensible par un badigeonnage avec une solution de cocaïne à 1 % et les opérations ont démontré que le cerveau lui-même est insensible.

Lorsque la narcose est indispensable, l'auteur préfère la morphine-chloroforme, d'après l'avis de Kocher et Horsley.

Les moyens à employer contre l'augmentation menaçante de la pression endocranienne et la paralysie des centres respiratoires et et circulatoires qui en sont la conséquence, sont les ponctions ventriculaires ou lombaires.

L'auteur est d'avis qu'on a exagéré les dangers de la ponction lombaire, et en tout cas, comme le danger peut être écarté par une ponction ventriculaire consécutive, il recommande dans les cas d'abcès cérébraux avec augmentation de la pression endocranienne, de retirer par ponction lombaire de 40 à 50 cm. de liquide cérébro-spinal. On doit s'arrêter si la pression du liquide est faible ou s'abaisse rapidement, circonstance qui indique une cessation de la communication lymphatique entre le canal de la moelle et les ventricules du cerveau. Cette obstruction produit une forte céphalée, perte de connaissance, cyanose et arrêt de la respiration.

Aussi si pendant l'opération de l'abcès, soit par l'action de la narcose, soit par les secousses produites par le marteau ou par les manipulations du cerveau lui-même, se produit une augmentation menaçante de la pression endocranienne, une ponction lombaire ou ventriculaire serait indiquée.

La ponction ventriculaire est, d'après la méthode de Kocher, une intervention très rapide et facile. Avec une vrille on passe directement à travers les parties molles et l'os. Lorsque la cessation de la résistance montre que la table interne commence à être perforée, on s'arrête et à travers la petite ouverture ainsi obtenue on introduit une aiguille de la seringue de Pravaz dans le ventricule latéral et on aspire le liquide cérébro-spinal. L'opération peut être faite avec une injection de cocaïne sans que le malade éprouve une sensation désagréable.

Chez une autre malade de 16 ans avec abcès du lobe temporal

droit, le premier symptôme cérébral fut perte de connaissance avec contractions épileptiques générales, la santé étant autrement parfaite. L'auteur ouvrit l'abcès par le tegmen antri et tympani, parce qu'il était petit. Quand les abcès sont plus volumineux, il préfère les ouvrir des deux côtés, par le tegmen et l'écaille du temporal, les résultats étant meilleurs. Chez cette malade, à plusieurs reprises, il se produisit de la rétention purulente avec céphalée et élévations subfébriles de la température. Comme cause de la rétention il trouva que la malade restait toujours couchée sur le côté sain, et aussitôt qu'elle suivit le conseil de coucher sur le côté malade, la rétention ne se reproduisit plus.

Dans un troisième cas, il s'agissait d'une jeune fille de 17 ans avec double abcès du lobe temporal gauche à la suite d'une otite moyenne suppurative chronique avec production de polypes. Après l'ouverture du premier abcès situé à 1 cm. au-dessus du tegmen tympani, la malade se sentit très bien pendant deux semaines. La cavité de l'abcès s'était complètement nettoyée. La malade étant reprise d'accidents cérébraux, une seconde opération est entreprise et un autre abcès fut découvert en haut et en arrière du premier à une profondeur de 2 1/2 cm. d'où s'écoulèrent 20 cm. de pus. Après l'opération le sensorium devint libre, mais de nouveaux symptômes cérébraux se développèrent et trois jours après la malade mourut subitement. C.-J. Koenig (de Paris).

Un cas d'abcès cérébral otogène opéré il y a 13 ans, par Graham Bucon (*Medical Record*, 23 janvier 1909).

Le sujet a aujourd'hui 40 ans. En 1895, on l'opéra pour un abcès temporo-sphénoïdal du côté gauche ; il avait une suppuration durant depuis 16 ans. Après des crises douloureuses de l'oreille, survinrent des convulsions généralisées, perte de conscience, avec apparition d'écume à la bouche. On fit d'abord une trépanation mastoïdienne. 48 heures après aphasie amnésique.

Au bout de 9 jours, de violents frissons, une céphalée considérable firent penser à la thrombose du sinus. On ouvre le crâne : on trouve un abcès contenant 45 gr. de pus. Après l'opération, quelques attaques convulsives. L'aphasie disparut. Depuis 1895 jusqu'à 1908, le sujet a eu 22 attaques (dont les dernières furent peu marquées ; la dernière se produisit en avril 1906). Les intervalles qui les séparent sont devenus de plus en plus grands ; elles survenaient après une grande fatigue. Le malade a pris des bromures très irrégulièrement. Menier (de Figeac).

Le traitement de l'abcès cérébelleux otogène avec remarques sur trois cas traités avec succès, par Paterson (*British med. Journal*, 18 juillet 1908).

Dans 80 % des cas, les abcès du cervelet sont consécutifs à une affection chronique de l'oreille. Dans les cas aigus, ils dépendent de la phlébite du sinus ; dans les cas chroniques, l'affection labyrin-

thique est responsable. La suppuration a trois voies : 1° Sinus latéral ; 2° le labyrinthe ; 3° la surface osseuse triangulaire intermédiaire, limitée en haut par le sinus pétreux. L'auteur a vu un cas dans lequel, après ostéomyélite du temporal, la suppuration se dirigea vraisemblablement en arrière. Il rapporte ensuite l'histoire de trois cas opérés avec un plein succès. MENIER (de Figeac).

Opération radicale sur l'apophyse mastoïde, opérations pour déviations de la cloison du nez et ablation des osselets de l'ouïe, par F. TSYTOVITCH *Voïenno-Meditsinsky Journal*, mars 1907).

L'auteur, ayant eu l'occasion de faire un voyage d'étude, compare les procédés opératoires employés à l'étranger avec ceux qui sont employés en Russie. M. DE KERVILY (de Paris).

Sur trois cas d'abcès sous-aponévrotiques latéro-cervicaux d'origine otogène, par BIANCO (de Naples) (*Gazzetta Osdegli pedali*, 19 janvier 1909).

Dans le premier cas, le diagnostic de mastoïdite de Bezold était facile. Dans le second il fallait faire le diagnostic différentiel d'avec le furoncle, la lymphadénite aiguë (pas de rougeur, de tension de la peau, pas de douleur, ni de fluctuation), le phlegmon, la leucémie ; on aurait pu, au premier coup d'œil, croire à un lymphome tuberculeux, mais la présence de pus dans l'oreille, l'absence de lymphones en d'autres régions, le peu d'ancienneté de la lésion permirent un diagnostic exact. Dans le troisième cas, il s'agissait d'une otite chronique négligée avec propagation de l'infection à la mastoïde et aux parties molles du cou. Les trois cas, opérés, ont guéri ; le premier rapidement, les autres en quelques mois, car chez le premier on ne fit qu'une incision et chez les deux autres on trépana la mastoïde. MENIER (de Figeac).

Un cas d'atrophie de l'organe de Corti par suite d'hémorragie interstitielle dans le labyrinthe et dans le nerf acoustique, par M. TSITOVITCH (Soc. méd. de Saint-Pétersbourg, in *Rousski Vratch*, n° 45, 10 novembre 1907).

L'auteur expose l'anatomie de l'oreille interne et les procédés que l'on peut utiliser pour pratiquer l'examen de cette région chez les malades. Description de son cas personnel et présentation des préparations histologiques correspondantes. M. DE KERVILY (de Paris).

Un cas de vertige avec bourdonnements ; destruction du labyrinthe. Guérison, par MACLEOD YEARSLEY, de Londres (*The Lancet*, 19 septembre 1908).

L'auteur rapporte le cas d'un clergyman de 47 ans ayant eu dans l'enfance une otorrhée double guérie. L'audition avait beaucoup baissé. Douze ans avant, il avait eu deux atteintes de vertige. Depuis 1904, des bourdonnements intolérables et environ une crise de vertige

toutes les six semaines. La rotation de la tête d'un côté quelconque produisait ces crises qui sont devenues d'une fréquence désolante.

Le 28 mai, on opère le labyrinthe gauche. D'abord opération radicale mastoïdienne préliminaire, puis ablation des osselets, ouverture du limaçon, des canaux semi-circulaires externe et postérieur ; on curette le vestibule, les ampoules des canaux ; lavage du limaçon et du vestibule avec le formol à 2 °/₀.

Il y eut paralysie faciale gauche ; elle s'améliora plus tard. Les vertiges ont disparu tout à fait ; les bruits ne sont pas constants et n'ont plus le caractère intolérable d'autrefois.

MENIER (de Figeac).

La théorie de « la corde de piano » de la membrane basilaire, par SOHIER BRYANT (*Archives of Otology*, vol. XXXVII, n° 2, p. 127).

La membrane basilaire n'est pas essentielle à l'organe de Corti et quand elle existe, elle n'est pas garnie de fibres de longueur et de quantité suffisantes, pour vibrer d'accord avec chaque note même si le reste des structures anatomiques permet d'espérer ces vibrations.

De plus, la membraue basilaire est dépourvue des qualités que possède un corps résonnant.

La théorie d'Helmoltz de « la corde de piano » en ce qui concerne la perception musicale est sans fondement en toute circonstance.

H. MASSIER (de Nice).

Vertige auriculaire et syndrome de Ménière, par W. WELLS (de Georgetown) (Brochure de 12 p. Elliott Publishing C°, 1908).

Le terme de maladie de Ménière devrait être abandonné ; on ne conserverait que l'appellation de symptôme ou syndrome de Ménière [1], qu'on appliquerait à un groupe de phénomènes apparaissant en connexion avec les maladies de l'oreille. — Le pronostic, favorable dans les cas où l'affection a son origine dans l'oreille moyenne, n'est pas cependant désespéré quand on a affaire à une affection de l'oreille interne. Il faut se rendre compte de la nature de la lésion et un traitement convenable pourra, dans bon nombre de cas, donner des résultats satisfaisants (cathétérisme, iodure).

MENIER (de Figeac).

Les méthodes modernes d'examen de l'appareil vestibulaire et leur signification pratique, par BARANY (*Med. klinik.*, 1998, n° 51).

Pour faire le diagnostic ferme d'une affection labyrinthique, l'auteur a recours à l'épreuve du nystagmus et de l'irritation calorique de l'appareil vestibulaire. La méthode de réaction calorique, imagi-

1. C'est ce que les Allemands ont fait depuis longtemps en dénommant *Menière's Symptom en Komplex* ce que nous continuons à appeler maladie de Ménière.

née par Barany, est la suivante : On injecte de l'eau, à la température du corps, dans l'oreille normale d'un individu sain placé en position debout; on provoque alors un nystagmus rotatoire et horizontal.

Cette réation fait totalement défaut lorsque l'on se trouve en présence de troubles de l'appareil vestibulaire.

Cette méthode permet ainsi de faire le diagnostic précoce des suppurations labyrinthiques au début ; et grâce à elle, l'auteur a vu disparaître les méningites post-opératoires à la clinique d'otologie de l'Université de Vienne. Léon Delmas (de Paris).

Affections de l'oreille et leurs rapports avec les troubles mentaux, par Sohier Bryant (de New-York) (Brochure de 7 pages. *Elliott's publishing Company*).

L'auteur s'est occupé de la question à plusieurs reprises, en particulier au Congrès de Lisbonne (1906). Voici ses conclusions :

1° La folie sous ses diverses formes est généralement accompagnée d'affections de l'oreille; chez la majorité des aliénés les deux affections sont dans un rapport de dépendance mutuelle.

2° Les hallucinations auditives sont dues aux bourdonnements par une fausse interprétation des *stimuli* auriculaires, dans l'état de psychopathie.

3° On peut espérer guérir les hallucinations auditives en faisant cesser les bourdonnements. Menier (de Figeac).

Quelques cas intéressants de néoplasmes de l'oreille interne, par Citelli (*Ann. Mal. Or.*, n° 2, 1909).

D'une série d'observations recueillies depuis 8 ans, l'auteur fait ressortir les résultats microscopiques, négligés jusqu'à lui, et aboutissant à : 2 cas de tumeurs malignes (périthéliome pigmentaire de l'hélix et adénocarcinome du conduit propagé au pavillon) ; 5 cas de tumeurs bénignes (2 fibromes, 2 angiomes, 1 ostéome probablement congénital du conduit) ; enfin un lupus néoplasique du pavillon originaire du tissu conjonctif du lobule.

Des figures très bien venues accompagnent chaque série d'observations. Faivre (de Poitiers-Luchon).

II. — NEZ ET SINUS

La morphologie des cornets, par Ingersoll (*Annals of otology, rhinology and laryngology*, décembre 1908).

Les cornets du nez peuvent être divisés, suivant la fonction qu'ils remplissent en cornets respiratoires et cornets olfactifs. On peut encore les diviser en cornets maxillaire, nasal et ethmoïdal suivant la région qui les supporte.

L'auteur passe alors en revue la morphologie des cornets dans la série animale.

Chez le poisson, les cornets ne servent qu'à l'olfaction et sont formés par de simples arêtes recouvertes d'une membrane olfactive; chez les reptiles, le nez sert à la fois pour la respiration et l'olfaction; aussi trouve-t-on chez eux des cornets respiratoires et des cornets olfactifs; chez les oiseaux, la fonction respiratoire, du nez augmente d'importance; aussi les cornets respiratoires atteignent-ils un haut degré de développement, tandis que les cornets olfactifs sont très réduits.

C'est chez les mammifères que les cornets sont le plus développés; chez le singe, toutefois, ils sont dégénérés et les cornets de l'homme ressemblent beaucoup à ceux du singe.

On trouve parfois des vestiges du quatrième et du cinquième cornet ethmoïdal. L'épine nasale est le rudiment du cornet nasal, et ces rudiments se trouvent plus fréquemment chez l'embryon que chez l'adulte.

Suivent de nombreuses reproductions photographiques des cornets chez différents animaux. KERAUDREN (de Saint-Brieuc).

Ostéome du frontal, par MOURE (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 5 juillet 1908).

Présentation d'un malade de 64 ans qui, il y a quelques années, présenta des polypes du nez et une tuméfaction de l'angle interne de l'œil qu'on pense être un ostéome du frontal. Ces jours derniers, le malade s'étant présenté avec une tuméfaction plus considérable, avec exophtalmie et une récidive de ses polypes, l'ablation de la tumeur fut pratiquée. Les deux sinus frontaux communiquaient et étaient remplis de pus. Après raclage de l'ethmoïde et drainage nasal, la plaie externe est refermée. R. BEAUSOLEIL (de Bordeaux).

Sur le traitement des déformations du nez par les injections de paraffine, par A. ZLATOVÉROFF (*Journal mensuel russe des maladies des oreilles, de la gorge et du nez*, 1907, nos 6 et 7).

L'auteur fait un exposé des différentes méthodes employées, passe en revue les accidents que l'on a observés après les injections de paraffine et publie plusieurs observations personnelles.

M. DE KERVILY (de Paris).

Céphalée par mort du cornet moyen, par J. A. TROMPSON (de Cincinnati, *Lancet-Clinic*, 27 mars 1909).

Jeune femme ayant sécheresse du pharynx et toux; la narine gauche s'obstruait facilement; névralgie sus-orbitaire du même côté. Le cornet moyen fut enlevé facilement, car la nature avait presque achevé à l'avance sa séparation. C'était un cornet kystique contenant une grande cellule ethmoïdale. L'abcès, dans cette cellule, détruisit une partie de la paroi, créant une ouverture beaucoup plus large que celle d'une cellule normale.

L'examen microscopique ne révéla que de la liquéfaction de l'os. Cette affection du cornet moyen est très fréquente et souvent

insoupçonnée est la cause de céphalées que la médication ordinaire ne soulage que temporairement. MENIER (de Figeac).

Sur l'induration non tuberculeuse de la pointe pulmonaire droite causée par la respiration nasale empêchée, par HOFMANN (*Munch. med. Woch.*, 1909).

On trouve assez souvent une maladie des poumons, qui est l'effet d'une respiration nasale empêchée (dont la cause peut être l'hypertrophie de la muqueuse nasale, végétations adénoïdes, etc.). Cette maladie pulmonaire consiste dans une induration fibroïde de la pointe droite. Celle-ci se distingue très exactement des affections analogues basées sur une infection tuberculeuse par l'anamnèse, la bactériologie et surtout par les résultats d'injections probatoires de tuberculine : l'affection en question ne donne jamais une réaction positive. Cette induration apicale pulmonaire est la suite de l'inhalation de poussière par la bouche. Les pointes des poumons sont plus facilement attaquées à cause des rapports anatomiques qui sont très nombreux au niveau de la pointe pulmonaire droite.

SCHÖNEMANN (de Berne).

Quelques névroses réflexes guéries par le traitement d'affections nasales existantes, par BUTLER (*Monthly Cyclopædia and medical Bulletin*, janvier 1909).

L'auteur cite plusieurs cas : une dame asthmatique, avec aprosexie, dont on n'avait jamais pensé à examiner le nez qui était obstrué ; une fillette, atteinte de chorée, les amygdales étaient très volumineuses, on n'en avait pas tenu compte au point de vue étiologique ; une dame de 32 ans présentant des douleurs de l'oreille qui cédèrent après l'ablation du cornet moyen ; un homme de 45 ans, atteint d'éternuement, d'épiphora et céphalée, guéri par redressement du septum ; une jeune fille de 23 ans dont la névralgie susorbitaire et la choroïdite disparurent après résection du cornet moyen, etc., etc. De même l'auteur cite des cas de fièvre des foins guéris par exercices respiratoires et cautérisations nasales. L'auteur appelle le caustique *tricoler acétie acid*, mais les lecteurs corrigent aisément en *trichloracétie*. MENIER (de Figeac).

Étude sur l'éternuement, par DE CHAMPEAUX, de Lorient (*Rev. hebd. de laryng.*, n° 9, 27 février 1909).

L'éternuement est un acte réflexe. Il semble, d'après Katzenstein, qu'il existe au niveau du lobe frontal un point dont l'irritation provoque l'éternuement.

L'auteur, en particulier dans la rhinite spasmodique, a vu réussir un léger massage de la région frontale pratiqué avec la face palmaire des doigts de chaque main en ramenant ces doigts de la tempe à la ligne médiane du front. J.-E. Mathieu (de Challes-Hyères).

Contribution au traitement du coryza aigu, par LÖNY, de Karlsbad (*Münch. Mediz. Wochenschrift*, n° 29, 1908).

Le Dr Löwy place un tampon, trempé dans une solution de 10 % de menthol, dans le méat moyen. En outre, il recommande une inhalation de vapeur produite par le chauffage sur l'eau d'un mélange de menthol et camphre. Il est bon d'augmenter l'effet de ces médicaments par une cure de sudation. SCHŒNEMANN (de Berne).

Les rhinites professionnelles, par DELLA VEDOVA (*Il Morgagni*, 30 mai 1908).

L'auteur étudie les rhinites des ouvrières en coton, dues à l'aspiration des fils et des poussières (sécrétion catarrhale abondante, avec hypertrophie de la muqueuse, gêne respiratoire); il étudie les rhinites des travailleurs de la rue (portefaix, paveurs, cochers, balayeurs, etc.) : affections catarrhales croûteuses, rebelles à tout traitement. Les ouvriers des usines où l'on manipule les chromates, les sels arsenicaux, le plomb même, présentent des rhinites ulcéreuses (perforation du septum cartilagineux). Les ouvriers en métaux (limeurs, tourneurs) ont une rhinite sèche congestive avec points hémorragiques sur la partie antérieure du septum. Le praticien doit se souvenir de ces faits, prescrire des règles d'hygiène et agir à temps. MENIER (de Figeac).

Contribution à la thérapie de la fièvre estivale, par A. FRIEDLANDER, de Francfort-sur-Mein (*Munch. med. Wochens.*, 1908, H. 37).

Chez un malade, l'auteur se servit de l'hypnose avec beaucoup de succès; l'année suivante le patient fut attaqué d'un rhume estival extraordinaire; l'hypnose n'était pas applicable à cause de l'asthme. Le Dr Friedlander employa avec succès des inhalations avec le médicament recommandé par Ritsert et Avellis, nommé enneuma; de même, il put enregistrer un bon succès avec la rhinoculine et le fluinol. SCHÖNEMANN (de Berne).

Epistaxis chez un nouveau-né syphilitique, par BAUER, de Schatzalp, Suisse (*Allg. med. central. Zutung*, 23 janvier 1909).

Le nouveau-né commença à saigner du nez dès le troisième jour; l'écoulement diminuait de temps en temps, pour reprendre avec plus d'intensité. Il mourut le sixième jour. Le tamponnement n'avait jamais été nécessaire. Les commémoratifs de la mère indiquaient la syphilis. L'autopsie ne révéla pas d'ulcérations nasales ou naso-pharyngiennes. L'examen histologique des capsules surrénales montra de nombreux spirochœtes pâles.

L'épistaxis des nouveau-nés est rare. Qand il est spontané, on peut dire que c'est un processus hémorragique dont la cause n'est pas bien élucidée. Le plus souvent on le rencontre dans la septicémie généralisée des nouveau-nés. Donc, quand il n'y aura rien qui indique une affection septique générale, on devra se souvenir du cas de l'auteur et penser à l'hérédo-syphilis. MENIER (de Figeac).

Un cas d'atrophie symétrique de la peau et du tissu conjonctif sous-cutané sur les côtés latéraux du nez dans l'ozène, par le prof. V. Okouneff (*Journal mensuel russe des maladies des oreilles, de la gorge et du nez*, 1906, tome II, n° 1).

Le processus atrophique dans l'ozène n'atteint pas seulement la muqueuse, les cartilages et le squelette osseux du nez; il peut s'étendre aussi à la peau, ainsi que l'auteur a eu l'occasion d'en observer un cas très rare.

Une malade de 32 ans avait été déjà depuis plusieurs années en traitement pour un ozène de forme vulgaire. Sous l'influence des cautérisations à l'acide trichloracétique, des badigeonnages à la glycérine iodée et de l'iodure en sodium à l'intérieur, l'état s'améliorait lorsque des douleurs apparurent dans la région du dos du nez. Bientôt au niveau des cartilages triangulaires se formèrent des fossettes facilement appréciables et s'agrandirent jusqu'à produire une réelle déformation du nez. Aucun signe de syphilis n'existait chez la malade. Il s'agit probablement d'une tropho-névrose des ramifications du nerf ethmoïdal.

L'auteur pratiqua des injections de paraffine dure qui donnèrent plusieurs résultats : non seulement la difformité du nez s'effaça, mais encore les douleurs qui tourmentaient la malade au niveau du nez disparurent.

M. de Kervily (de Paris).

La réaction de Wassermann dans l'ozène, par Eugen Eisenleor, de Fribourg-en-Brisgau (*Zeitschrift für Ohrenheilkunde und fur die Krankeiten der oberen Luftwege*, Band LVII, Fascic. IV, 1909, page 401.

Les recherches d'E. ont porté sur 15 cas d'ozène observés à la clinique du professeur Killian : dans aucun de ces cas on ne trouvait d'antécédents spécifiques.

La réaction de Wassermann a toujours été négative dans ces 15 cas.

L'auteur est d'avis que dans ces cas il ne peut s'agir de syphilis héréditaire ou acquise, étiologiquement. Quant à la question de savoir si l'ozène peut être consécutif à la syphilis, elle reste en suspens : en tous cas, selon Eugen, Eisenlotz l'étiologie spécifique de l'ozène est très douteuse.

La théorie de l'infection bacillaire reviendrait donc sur le tapis : selon Belfanti et Gella-Vedova, l'ozène serait provoqué par un bacille diphtérique de virulence atténuée. Mais la sérothérapie n'a pas donné de résultats. L'auteur a également fait des recherches dans ce sens : il a pu obtenir des cultures pures de ces bacilles pseudo-diphtériques, qu'il trouva dans 50 % des cas. Mais l'inoculation au cobaye a toujours été négative.

Maurice Bloch (de Paris).

Causes nasales et traitement des maladies des organes lacrymaux et de la conjonctive, par A. Meyer,

de Berlin (*Zeitschr. für Augenheilkunde*, tirage à part du tome XXL, fasc. 2).

L'auteur a examiné rhinoscopiquement bon nombre de cas qu'il classe en 4 groupes : 1° dans 10 à 15 °|₀ le nez ne présente aucune altération visible ; 2° dans environ la moitié des cas d'épiphore, il existe dans le méat inférieur des facteurs qui restreignent l'espace, créant un obstacle purement mécanique à l'écoulement des larmes (déviations de la cloison ; hypertrophies, etc.) ; 3° cas où des processus inflammatoires et purulents du nez, du naso-pharynx et des sinus provoquent des affections inflammatoires ou ulcéreuses des voies lacrymales, de la conjonctive ou de la cornée. Cette propagation se fait par contiguïté ou par transmission (sécrétion), rarement par continuité par le moyen de la paroi osseuse. Comme affections étiologiques, citons l'ozène, les végétations adénoïdes, les sinusites ; 4° certains processus spécifiques infectieux remontent, de façon continue, le long des voies lacrymales (tuberculose nasale, lupus).

Dans le premier groupe, le traitement sera purement ophtalmologique ; dans le second, il sera généralement purement rhinologique et offre bien des chances de succès, dans les troisième et quatrième le traitement sera combiné. Il faut faire disparaître le foyer nasal inflammatoire et si on ne peut y réussir, veiller à faire disparaître les sécrétions infectieuses.

L'auteur cite enfin les méthodes qui visent à agir par le nez sur les voies lacrymales : cathétérisme rétrograde, drainage permanent la dacryocystorhinostomie (de Toti) ; les méthodes de Passow et d'Okunew (communication large entre le sac lacrymal et le nez).

Menier (de Figeac).

Traitement des tumeurs tuberculeuses et des ulcérations de la cloison nasale, par Beese, étudiant en médecine à Rostock (*Zeitschrift f. Ohrenheilk. und. f. die Krankh. der Luftwege*, Band LVII, fasc. IV, 1909, mars, p. 38).

Ces lésions siègent la plupart du temps sur la cloison cartilagineuse. Assez souvent on ne trouve chez un individu que cette unique lésion bacillaire, notamment lorsqu'elle résulte d'une inoculation du bacille de Koch (par les doigts). Dans d'autres cas ces lésions font partie intégrante de tuberculoses étendues des muqueuses des voies aériennes supérieures.

Le tuberculome de la cloison et l'ulcération consécutive sont faciles à guérir. Les caustiques ou la curette n'empêchent pas les récidives.

L'auteur décrit la méthode qu'emploie le prof. Körner ; l'examen histologique de fragments de ces lésions montre pourquoi la cautérisation ou la curette ne suffisent pas ; en effet, le cartilage est en général nécrosé et le processus a atteint déjà la muqueuse du côté opposé, bien que cliniquement celle-ci paraisse saine. Körner pratique l'excision du cartilage et de la muqueuse malades, au moyen d'un bistouri boutonné, dont la lame a une longueur de 2 centimètres :

ceci après injection sous-muqueuse bilatérale de novocaïne et d'adrénaline.

Ce procédé fera ultérieurement l'objet de la Thèse de Beese.

Maurice Bloch (de Paris).

Causes et traitement des hémorragies nasales, par Voorhees, de New-York (*American Médecine*, décembre 1908, p. 507).

L'auteur étudie les causes générales et locales des épistaxis, causes que nous connaissons tous déjà. Si les mesures simples ordinaires ne suffisent pas à arrêter l'hémorragie, faire un spray nasal avec chlorhydrate de cocaïne, 0,30 centigr., chlorhydrate d'adrénaline XX gouttes, eau q. s. pour 15 gr. L'hémorragie arrêtée cautériser par le galvano ou l'acique chromique. Mais, il vaut mieux empêcher le retour grâce aux moyens mécaniques : tamponnement avec la gaze saturée d'huile stérilisée : bandes de gaze de 1 cent. 1/2 de large introduites avec précaution et douceur. Le malade devra ensuite faire couler goutte à goutte dans son nez et fréquemment de l'huile stérilisée qui aide à la cicatrisation et empêche le tampon de durcir. On enlèvera celui-ci au bout de 36 heures en ayant sous la main ce qu'il faut pour retamponner si besoin en est. Jusqu'ici, l'auteur n'a vu aucun cas rebelle à cette méthode.

Menier (de Figeac).

Un cas de cysto-sarcome du nez, par N. Pétroff (Soc. chirurgicale de Pirogoff, in *Praktitcheski Vratch*, 23 février 1908).

Tumeur siégeant sur la partie antérieure du cornet inférieur, chez une jeune femme ; opération par voie endo-nasale.

M. de Kervily (de Paris).

Le rhinosclérome dans l'Amérique du Nord, par Émile Mager, de New-York (*Zeitschrift. f. Laryngol., Rhinol. u. ihre Grenzegebiete*, t. I, H. 4, p. 415).

Le premier cas, signalé dans l'Amérique du Nord, l'a été par Sigmund Politzer [1] de New-York : Allen et Jackson ont également parlé de ce cas. Il s'agit d'une femme de 24 ans, née en Hongrie. Les lésions siégeaient à l'extérieur et à l'intérieur du nez.

2e cas. W. Freudenthal [2]. Homme de 45 ans, natif de Galicie, malade depuis 13 ans : lésions du nez, du pharynx et du larynx.

3e-4e cas. Danziger [3]. Femme de 37 ans, native d'Autriche, lésions du nez.

Femme de 50 ans, native d'Autriche, lésions du nez, du voile et du larynx.

1. S. Politzer. Morrows System Genito-Urinary Disease. *Syphilis and Dermatology*, vol. III, 1894, p. 516.

2. Freudenthal. *N. Y. Medical Journal*, february 1st 1896, vol. XIII, p. 132.

3. Danziger. *Laryngoscope*, 1905, vol. XV, p. 935.

5e-6e cas. Töplitz et Kreuden [1], 2 femmes, nées en Galicie, âgées de 25 et de 27 ans, lésions du nez et de la bouche.

7e cas. E. L. Kenyon [2]. Homme de 26 ans, né en Bohême (en Amérique depuis 9 ans). Ce cas a été étudié également par Day.

8e cas. William et Gottheil [3]. Femme de 30 ans, née en Russie. Sténose nasale. Lésions de la cloison et des ailes du nez.

9e cas. Stubbs [4]. Femme de 21 ans, autrichienne, en Amérique depuis 4 ans. Lésions du nez et du pharynx.

10e cas. Ballin [5]. Femme de 55 ans, de la Pologne russe, malade depuis 16 ans (nez et pharynx).

11e cas [6]. Homme de 35 ans, autrichien, malade 2 ans avant d'arriver en Amérique.

12e cas. E. Mager [7]. Fille de 16 ans, Pologne russe, depuis 3 ans en Amérique, jadis, sclérome de la trachée, maintenant rhinosclérome.

13e cas. L'auteur de cet article l'a observé à la Policlinique de l'Hôpital du Mont-Sinaï. Jeune homme de 18 ans. Nez et larynx. Trachéotomie [8].

14e cas. Autre cas d'E. Mayer. Femme de 23 ans, de la Pologne russe. Nez et pharynx [9].

15e cas. Freudenthal, fille de 19 ans [10].

16e cas. Stanton-Friedberg [11]. Femme de 25 ans, née en Autriche, en Amérique depuis 2 ans. Nez et larynx.

Il y a donc 16 ans de sclérome certain: 13 femmes et 3 hommes. Chez tous ces malades, l'affection avait débuté avant que les malades ne vinssent en Amérique. Maurice Bloch (de Paris).

Hémorragie nasale post-opératoire, par E. Pynchon, de Chicago (*Lancet-clinic*, Cincinnati, 6 mars 1909).

L'auteur passe en revue les divers moyens à employer successivement ou concurremment au cas d'hémorragie post-opératoire : glace à la nuque et sur le nez ; eau oxygénée en spray; vinaigre dilué (1 pour 3 d'eau) ; enlever les cols serrés ; appliquer une forte compression sur la lèvre supérieure ; faire tenir le malade debout,

1. Töplitz et Kreuden. *American Journal of Med. Sciences*, 1905, n. s., CXXX, p. 81.

2. Kenyon. Cas présenté à la Société Laryngolog. de Chicago. — Day. *Abstr. Trans. Chicago Pathological Society*, 1903-1906, n° 6, p. 414.

3. William et Gottheil.

4. Stubbs. *Laryngoscope*, 1907, vol. XVII, p. 399.

5. Ballin. *N. Y. Medical Journal*, 1907, vol. XXXV, p. 490.

6. Perkins. *Journal of infections Diseases*, Chicago, 1907, vol. IV, p. 51.

7. E. Mager. *Sclerome of the Larynx American Journal of Med. Science*, Philadelphia and New-York, 1907, N. S. CXXXIII, p. 751-760.

8. E. Mager. Non publié.

9. E. Mager. *Laryngoscope*, décembre 1907, p. 957.

10. Freudenthal. Communication personnelle.

11. Stanton-Friedberg. Communication personnelle.

la tête droite, en expirant profondément par la bouche, les bras élevés ; tamponnement antérieur, tamponnement postérieur ; injections hypodermiques de morphine, d'ergotine, de teinture de *veratrum viride*, d'opomorphine : la nausée et les vomissements ainsi produits amènent un abaissement de la tension sanguine ; pour ce motif, on pourra donner du sulfate de zinc (ou de cuivre) ; astringents, ou application locale ; tannin en poudre humidifié avec solution d'antipyrine à 20 °/₀ et appliqué sur de la gaze ; 4 °/₀ de vaseline avec permanganate de potasse ; teinture de lécipine et iodoforme ; collodion styptique (tannin, collodion, alcool) ; chloroforme à 20 °/₀ ; adrénaline, localement ou en injection hypodermique 1 p. 2000 dans la lèvre supérieure du côté sanguin. Pas de préparations de fer, sauf peut-être le ferropyrine (antipyrine et perchlorure). Douches nasales chaudes. Ligature des membres. Chlorure ou lactate de calcium par voie buccale. Enfin, après hémorragie sérieuse, lavement ou hypodermoclyse de la solution physiologique de Na Cl.

MENIER (de Figeac).

Contribution à l'étude des empyèmes du sinus maxillaire d'origine dentaire chez les enfants, par WENDLING, de Chartres (*Rev. hebdom. de laryng.*, n° 9, 27 février 1909).

Observation d'un enfant de 8 ans qui fit une sinusite maxillaire à la suite d'un point de carie presque imperceptible au niveau du collet de la canine gauche. L'éclairage par transparence du sinus, bien qu'il y ait eu collection purulente, ne donnait lieu qu'à une opacité très légère.

La dent malade enlevée, des injections d'eau tiède nettoyèrent le sinus rapidement. J.-E. MATHIEU (de Challes-Hyères).

Les nouvelles méthodes de traitement des empyèmes chroniques du sinus maxillaire, par COHN, de Königsberg (*Therap. Rundschau*, n° 10, 1908) [1].

La méthode de Denker (ouverture dans la fosse canine et dans la fosse nasale) semble avoir les préférences de l'auteur ; mais il tâche de conserver le plus possible du cornet inférieur et n'en résèque que ce qui est vraiment gênant pour l'opération. Il fait ressortir les inconvénients de l'ablation de ce cornet au point de vue de l'échauffement et de l'humidification de l'air inspiré.

Il est important que la plaie de la fosse canine soit suturée et qu'il y ait dans la mesure du possible réunion par première intention. La méthode de Gerber (de Königsberg) qui opère par le méat moyen permet d'éviter les inconvénients qui pourraient découler d'une résection forcée du cornet inférieur. MENIER (de Figeac).

Trépanation et curetage du sinus maxillaire par voie nasale, par MAHU (*Presse médicale*, 10 février 1909).

L'auteur a imaginé un moyen simple d'établir une large communi-

1. Travail communiqué à la Société d'oto-rhino-laryngologie, mai 1908.

cation sinuso-nasale en passant uniquement par le nez ; il l'applique de la façon suivante :

1. *Perforation de la cloison sinuso-nasale*, après résection au rabot du cornet inférieur, au moyen d'une *cisaille perforatrice* très fine, genre Grunwald (construite par Collin) qui permet de découper un volet dans la cloison sinuso-nasale ; le volet sera enlevé à la pince plate de Luc.

2. *Curetage de la cavité* au moyen de curettes de différentes tailles, à tiges longues et *malléables*, dont on a modifié la courbure à la main de façon à atteindre les différents angles de la cavité.

Ainsi l'opération de Claoué peut être faite aussi vite qu'à la fraise et sans nécessité le transport d'un moteur électrique.

A. Perretière (de Lyon).

Sinusite frontale, méningo-encéphalite, mort, par Ramon (*Rev. Barcelonesa de enfermed. de Oido*, etc., janvier 1909).

Garçon de 12 ans qui, après un coryza violent, épistaxis, attaque grippale intense avec céphalalgie, fit une tuméfaction sus-orbitaire à gauche, avec température à 39°, céphalée gravative, œdème palpébral, etc. Intervention proposée, mais non acceptée par la famille trompée par une amélioration temporaire ; bientôt reprise des accidents peu graves encore, photophobie, convulsions, paralysie, mort. Il est vraiment regrettable que, dans ce cas, on n'ait pu opérer à temps.

E. Botella (de Madrid).

Sinusite frontale, par Dupond (*Journ. de Médec. de Bordeaux*, 10 janv. 1909).

Dupond montre un malade qui, à la suite d'une sinusite frontale, a été traité par quelques lavages qui ne donnent pas de résultat. Dupond fait une cure radicale par la méthode de Caldwell-Luc. La suppuration et les douleurs ayant persisté, il intervient à nouveau par la méthode d'Ogston-Luc, enlève une partie de l'ethmoïde et, revenant du côté du sinus, il trouve un cloisonnement qu'il détruit.

R. Beausoleil (de Bordeaux).

Méningite séreuse compliquant les sinusites frontales suppurées chroniques, par Otto Piffl, de Prague (*Zeitschrift f. pra. Chiari*).

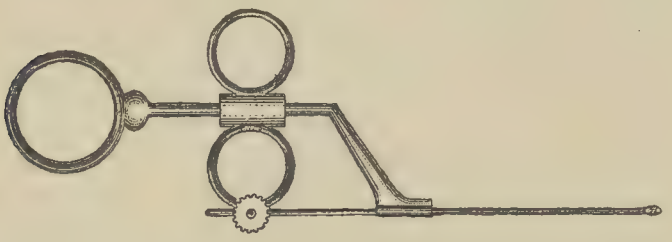
Depuis le travail de Quincke sur la méningite séreuse, de nombreuses discussions se sont fait jour sur l'existence autonome de l'affection et surtout sur son diagnostic.

Le manque de données anatomiques, puisque beaucoup de sujets qui en sont atteints guérissent ou s'ils succombent présentent souvent une transformation de leurs lésions, fait que l'affection repose encore sur une base assez fragile. Cependant il semble bien qu'on doive actuellement attribuer à la méningite séreuse bon nombre des cas attribués autrefois à une irritation ou à une congestion des méninges. Si l'origine otique est la plus fréquente elle n'est pas la seule ainsi que le démontre un cas fort intéressant de Piffl. L'observation très détaillée démontre que parfois les suppurations chroniques des sinus frontaux doivent être incriminées.

La ponction lombaire permit d'assurer le diagnostic d'une façon suffisante. La symptomatologie se montra très diffuse. Pas de symptôme en foyer, mais névrite optique commençante. Le pus pouvait ici s'écouler assez librement par le nez. Néanmoins il y eut complication cérébrale. Le procédé opératoire employé a été dans ses grandes lignes celui de Kuhnt. L'intervention a amené la guérison du sujet. A.-R. Salamo (de Paris).

Un serre-nœud nasal, par Glegg (de Birmingham) (*Lancet*, 19 septembre 1908).

Serre-nœud fabriqué par Meyer et Meltzer, Londres 71, Great Portland Street, a pour avantage de pouvoir être rapidement garni de



fil métallique. L'extrémité est petite et arrondie de sorte que le fil conserve sa forme. La baguette centrale qui porte l'anse est tirée suivant une direction angulaire comme dans les autres formes. L'appareil, léger et solide, donne à l'auteur toute satisfaction.

Menier (de Figeac).

III. — LARYNX

Laryngite professionnelle, par Barth (*Wiener klin. Rundschau*, n° 26, 1908).

L'auteur étudie les causes de la laryngite professionnelle, causes extrinsèques (milieu) et causes intrinsèques (mauvaise hygiène et mauvaise conduite de la voix) chez les orateurs, chanteurs, officiers, professeurs et recommande de chercher les causes et de les traiter par des exercices visant les fautes commises et enseignant à les éviter. Menier (de Figeac).

Participation du larynx aux processus actinomycosiques, par le prof. Körner, de Rostock (*Zeitschr. f. Ohrenheilk., und f. die Krankheiten der Luftwege*, Bd. LVII, fasc. IV, 1909).

La première observation est celle de Henrici (1902) : puis vinrent les observations de Heinrichs (1904) et de Kühne (1907). Körner a observé un quatrième cas en 1908.

Il s'agissait d'une actinomycose du plancher de la bouche avec

œdème considérable de l'épiglotte. Homme de 37 ans, agriculteur, souffrant depuis trois semaines de douleurs dans la région hyoïdienne. Ces souffrances ne firent qu'augmenter et se manifestèrent surtout lors de la déglutition. Au début, le médecin traitant ne constata qu'une adénopathie sous-maxillaire qui gagna bientôt tout le bord inférieur du maxillaire jusqu'à l'os hyoïde. Trismus. Depuis 4 jours, œdème de l'épiglotte.

Toute la région sous-mentale, lors de l'admission du malade, était voussurée, formait tumeur : la voussure était bilatérale, symétrique, à surface lisse ; la peau était mobile sur les plans sous-jacents. La tumeur était d'une dureté ligneuse, ne présentait pas de fluctuation, n'était pas douloureuse à la palpation et faisait corps avec le bord inférieur du maxillaire.

La voix est claire, la respiration est aisée. L'épiglotte est très épaisse, rouge et rigide, dirigée en arrière ; l'œdème prédomine sur sa surface linguale ; il est moindre sur les bords. L'espace séparant le dos de la langue et le bord de l'épiglotte est totalement comblé par la tuméfaction. On ne peut voir l'intérieur du larynx.

Körner porta le diagnostic d'actinomycose ; le malade dit avoir souvent mâché des épis de blé. La porte d'entrée de l'infection semble avoir été située sur la ligne médiane, étant donnée la symétrie et la bilatéralité de la tuméfaction.

Opération sous chloroforme.

Incision sagittale de la peau allant du menton à l'os hyoïde, sur la ligne médiane. Sous l'aponévrose superficielle, on trouve un foyer ramolli, ne contenant que quelques gouttes de pus épais. De ce foyer, une fistule conduit profondément dans du tissu lardacé en pleine musculature de la base de la langue. Tamponnement. Pansement : 2 grammes d'iodure de potassium par jour.

La guérison fut complète en 26 jours.

Maurice Bloch (de Paris).

La symptomatologie de la tuberculose du larynx, par G. Fetterolf, de Philadelphie (*Medical Record*, 23 janvier 1909).

Certains signes de symptômes, avant tout examen laryngoscopique, peuvent mettre le médecin de la famille ou le praticien sur la voie du diagnostic. Ce sont les modifications de la voix (enrouement) ; une légère rotation et torsion de la tête pendant la phonation (cela indique des tubercules guéris et cicatrisés) ; la toux, les crachats (ceux qui proviennent du larynx et non pas ceux qui descendent du nez) ; l'hémoptysie d'origine laryngienne est rare ; la douleur ; l'odynophagie, la dysphagie, la dyspnée.

Menier (de Figeac).

Rapports entre la tuberculose du larynx et la grossesse, par E. Glas et E. Kraus (*Wien, med. Wochenschrift*, 1908, n° 50).

L'auteur a eu l'occasion d'étudier 72 cas et il en tire les conclusions suivantes : les phénomènes de la gestation agissent, ordi-

nairement, d'une façon très défavorable sur la tuberculose laryngée. En règle générale, le pronostic varie suivant l'état de résistance de la malade, l'étendue des lésions laryngées, l'état des poumons et l'état général du sujet.

Au point de vue thérapeutique, il y a lieu de pratiquer l'avortement lorsque la malade se trouve aux premiers mois de la grossesse; au contraire, dans les derniers mois, l'accouchement prématuré artificiel est contre-indiqué.

Lorsqu'il y a des phénomènes d'ulcération diffuse avec sténose relative, la trachéotomie apporte une amélioration notable. Enfin, une tuberculose pulmonaire coexistant presque toujours avec une tuberculose du larynx, on peut envoyer, avec avantage, les femmes gravides, dans un sanatorium. Léon Delmas (de Paris).

Réapparition des accidents laryngés au moment des accidents sériques chez les enfants atteints de croup, par Rocaz et P. Carles (*Journal de médecine de Bordeaux*, 21 mars 1909).

Les accidents laryngés apparaissant au moment de l'éclosion des accidents sériques et qui peuvent faire croire à une reprise des accidents diphtériques, ne sont autre chose que des réactions de la muqueuse du larynx sous la forme d'œdème avec spasme de la glotte, de même que du côté de la peau, il se forme des éruptions urticariennes. MM. Rocaz et P. Carles rapportent dix cas de ce genre. Ces accidents n'ont pas de gravité et guérissent parfaitement. Quelquefois on est obligé de repratiquer le tubage du larynx.

R. Beausoleil (de Paris).

Kystes, abcès et œdème de l'épiglotte, par Henry Iwain (*Annals of otology, rhinology and laryngology*, décembre 1908).

L'épiglotte est susceptible de présenter différents types d'inflammation; les kystes branchiaux sont relativement assez fréquents et l'auteur cite deux observations sur ce sujet.

Un homme de 46 ans se plaint depuis 2 ans de gêne de la déglutition, avec sensation de plénitude de la gorge; au laryngoscope, on constate une tumeur sur la surface linguale de l'épiglotte, cachant complètement l'intérieur du larynx; cette tumeur est formée par un kyste enflammé; à l'ouverture, il s'en écoule un liquide épais, gélatineux, verdâtre. Trois mois après, le kyste s'est de nouveau reformé; on le ponctionne et on y injecte du nitrate d'argent.

Près de 3 ans plus tard, le malade revient; la tumeur a augmenté au point de gêner la respiration et de déterminer de grandes douleurs. Incision qui donne issue à du mucus et à un peu de pus. Un mois après, on ne voyait plus de trace du kyste.

La deuxième observation concerne un jeune homme de 26 ans qui aurait eu, dit-il, à trois reprises différentes des abcès de l'amygdale qui se seraient ouverts spontanément.

L'auteur constate un large kyste ou abcès à la base de l'épiglotte;

à l'ouverture il en sort des glaires, du mucus et un peu de pus. Il est probable que ce que le malade avait pris pour des abcès de l'amygdale était dû à la même origine. Dans les années qui suivirent, il fut repris deux fois des mêmes accidents.

Le contenu et la situation de ces kystes autorisent l'auteur à leur attribuer une origine branchiale, car il a eu l'occasion d'observer un kyste à contenu semblable qui s'était ouvert extérieurement dans l'espace thyro-hoïdien.

Un abcès de la région s'accompagnant d'œdème de la glotte peut encore être occasionné par de la périchondrite sans être précédé d'inflammation de la gorge.

D'autres fois l'œdème de la glotte sera consécutif à une simple amygdalite et, dans ce cas, le premier symptôme sera la gêne à la déglutition.

L'auteur n'a rencontré d'abcès de la région aryténoïdienne que dans la périchondrite consécutive à la scarlatine ou à la fièvre typhoïde.

On peut encore trouver de l'œdème de la glotte dans les maladies du rein ou le purpura hémorragique.

Tous ces cas ne peuvent pas être confondus avec l'infiltration ferme accompagnée d'un léger œdème qu'on constate si souvent dans la tuberculose et la syphilis. KERAUDREN (de Saint-Brieuc).

Au sujet du cancer du larynx, par N. M. VOLKOVITCH (*Archives russes de chirurgie*, 1907).

L'auteur fait une revue très complète de la littérature médicale à ce sujet surtout au point de vue clinique et décrit 24 cas personnels.

M. DE KERVILY (de Paris).

Remarques sur la technique de l'ablation endolaryngée de polypes, par MÜLLER, d'Heilbronn (*Therapeut. Rundschau*, 9 août 1908).

Polype siégeant au 1/3 antérieur de la corde droite : difficultés pour relever l'épiglotte ; elles furent vaincues grâce au releveur de l'épiglotte de Lublinski (releveur en forme de fourche) ; pour éviter le glissement du manche, l'auteur le fit pourvoir de cannelures, qui font qu'il est mieux en main et peut être tenu plus longtemps sans échapper aux doigts de l'aide. MENIER (de Figeac).

Au sujet de la laryngectomie, par V.-A. OPPEL (*Roussky Vratch*, 2 août 1908, n° 31).

L'auteur montre les avantages qu'on obtient en se servant d'un lambeau tégumentaire en forme de languette à base inférieure. Au niveau de l'extrémité inférieure des incisions cutanées, on fait au milieu du lambeau un orifice où l'on suture la trachée. L'auteur présente un malade opéré suivant ce procédé.

M. DE KERVILY (de Paris).

Anévrisme de l'aorte thoracique demeuré latent malgré les recherches les plus minutieuses et dont l'unique manifestation symptomatique fut une paralysie récurrentielle gauche suivie secondairement d'une paralysie de la corde vocale droite, par ANGLADA (*Archives générales de médecine*, septembre 1908).

L'intéressante observation de M. Anglada a trait à un malade de 66 ans, dyspnéique et catarrheux de longue date, entré dans le service du professeur Hamelin pour des troubles vocaux (enrouement persistant). C'est un éthylique et ancien syphilitique. Outre la dysphonie, on relève dans son histoire pathologique des accès de toux quinteuse. L'auscultation de ses poumons, gênée par un bruit de sifflement laryngé, ne permet de constater que quelques gros râles muqueux, un peu de congestion des deux bases, et à gauche, à la partie inférieure, une respiration assez fortement soufflante.

L'examen laryngoscopique, pratiqué par le professeur Mouret, dénonce une paralysie de la corde vocale gauche (corde en position cadavérique).

Les sous-clavières sont surélevées et on note facilement les battements de l'aorte dans le creux sus-sternal.

Les pouls radiaux sont synergiques.

Les signes de Oliver, Hall, Grocco sont négatifs. La toux ne prend pas le caractère de la toux de compression de Garel. Il n'existe aucune douleur suspecte.

Bref, en dehors de la paralysie laryngée et de quelques signes très discrets de compression possible de la bouche gauche, rien ne permet d'affirmer un anévrisme aortique.

Un second examen laryngoscopique révèle toujours les mêmes symptômes du côté de la corde vocale gauche, et, en outre, l'apparition d'une paralysie de l'abducteur à droite. L'examen radioscopique ne put malheureusement être pratiqué.

Le malade meurt subitement.

L'*autopsie* révèle une dilatation avec athérome généralisé de l'aorte, mais il existe également une ectasie anévrismale de la grosseur d'un poing de petit enfant allant depuis l'artère sous-clavière gauche jusqu'au niveau de la bifurcation bronchique. Le pneumogastrique et le récurrent gauches sont englobés dans la paroi de la poche anévrismale.

L'auteur discute les conditions qui ont permis à cet anévrisme d'échapper aux investigations cliniques : on doit surtout incriminer, semble-t-il, le siège de cette ectasie. Les cas analogues deviennent de plus en plus rares, avec les progrès de la séméiotique et des méthodes d'exploration. Ce sont ceux, où précisément, la radioscopie rend les plus grands services, et les observations, telles que celle de M. Anglada, ne font qu'appuyer l'importance de ce procédé d'investigation, en montrant l'impuissance de la clinique seule, même la plus minutieuse et la mieux raisonnée, en présence de certains anévrismes aortiques, latents ou larvés.

Un point intéressant de l'histoire pathologique précédente, et sur lequel insiste justement M. Anglada, est la bilatéralité de la paralysie laryngée : paralysie récurrentielle gauche avec paralysie partielle de la corde droite. De telles manifestations sont rares dans l'anévrisme aortique. L'interprétation du fait dans le cas actuel, doit être cherchée dans la dilatation athéromateuse de l'artère sous-clavière droite, la paralysie de la corde gauche étant explicable par le mécanisme habituel de la banale paralysie laryngée de l'anévrisme aortique. A.-R. Salamo (de Paris).

IV. — PHARYNX

Au sujet de l'obturation des pertes de substance du palais, par V. Issaïeff (*Praktitcheski Vratch*, n° 5, 22 décembre 1907).

Un malade de 35 ans, atteint il y a sept ans de syphilis eut, malgré un traitement énergique, de la nécrose des os du nez dans la région postérieure et destruction du palais mou. Pour améliorer la voix, on fut obligé d'adapter un obturateur selon le modèle de Suersen, une opération étant impossible à cause de l'étendue des lésions. Pour séparer la région nasale de la région pharyngienne, l'auteur a utilisé une saillie formée par la contraction du muscle constricteur supérieur du pharynx. Il a adapté l'obturateur en caoutchouc porteur d'un prolongement dirigé vers la paroi postérieure du pharynx et de crochets s'adaptant aux dents de façon que la voix a une sonorité normale et qu'il n'y a pas de gêne ni pour la mastication, ni pour la déglutition. M. de Kervily (de Paris).

Un cas de pemphigus foliacé du pharynx et du larynx chez un homme de 53 ans, par Herzfeld (*Hucfelandische Gesellschaft*, Berlin, 8 octobre 1908).

L'affection date de 6 ans ; elle débuta aux yeux et à la couronne du gland ; celle des yeux est terminée, en laissant une cécité presque complète. Au pharynx et au larynx, on trouve des plaques épithéliales dont quelques-unes ont 2 à 3 cm. de long, se soulevant facilement et montrant une perte de substance de la muqueuse, à fond saignant facilement. On voit rarement des bulbes. Par suite de la longue durée, l'épithélium est devenu trop faible pour résister à la pression de la collection de sérosité placée derrière lui. Rien aux autres organes ; pas de syphilis ; séro-réaction de Wassermann négative ; le traitement spécifique n'a donné pas de résultat. Au pharynx, il s'est produit une adhérence du voile avec la paroi postérieure. Menier (de Figeac).

Amygdalite lacunaire caséeuse ou amygdalite cryptique, par Georges Laurens (*La Clinique*, n° 18, 1909).

Georges Laurens vient de consacrer un article très intéressant à cette question.

C'est l'inflammation catarrhale chronique des cryptes amygdaliennes.

On la rencontre aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte.

La *pathogénie* de cette forme d'amygdalite est la suivante : sous l'influence de l'inflammation de l'amygdale, les orifices des cryptes s'oblitèrent partiellement ou en totalité : il en résulte l'accumulation des sécrétions glandulaires dans les cavités cryptiques, et la formation à l'intérieur de celles-ci d'un amas caséeux qui stagne et forme un véritable corps étranger. Le magma caséeux caractéristique de l'amygdalite cryptique lacunaire, présente le volume d'une tête d'épingle, mais peut atteindre celui d'un pois. Il est essentiellement constitué par des cellules épithéliales à la périphérie et au centre par de la graisse, des acides gras et parfois de petits calculs.

Au point de vue *fonctionnel*, voici les symptômes que l'on observe : une sensation douloureuse, des *picotements*, piqûres, etc., qui se produisent surtout au moment de la déglutition de la salive. Cette sensation est localisée, soit au niveau de l'amygdale, soit plutôt dans la région sous-angulo-maxillaire, avec irradiation dans l'oreille correspondante. Elle peut siéger des deux côtés. Parfois, le malade présente un *hemmage*, une sorte de *raclement pharyngé*, qui détermine l'expulsion de ces petits amas blanc jaunâtre et s'accompagne de *toux* par accès. Dans quelques cas, la présence de ces petits corps étrangers provoque, à l'occasion d'un refroidissement, d'une fatigue de la gorge, une poussée inflammatoire subaiguë, avec état fébrile qui dure quelques jours. Exceptionnellement, chez certains malades, on ne découvre la présence de l'angine cryptique qu'à l'occasion d'un examen de la gorge, l'affection ne se traduisant par aucun symptôme fonctionnel.

Voici ce que l'on constate à *l'examen du pharynx* :

1° Tantôt l'amygdalite est apparente, on aperçoit de petits amas blanc jaunâtre, enkystés dans les cryptes amygdaliennes, principalement au niveau du pôle supérieur, ou encore dans la loge préamygdalienne située derrière le pilier antérieur ; dans ce cas, on ne peut arriver à bien découvrir le foyer caséeux qu'en soulevant et en attirant en avant le pilier, au moyen d'un crochet ou d'un stylet coudé.

L'amygdale peut parfois être farcie, en quelque sorte, de ces amas lacunaires, et, en comprimant la tonsille avec un porte-coton, on détermine l'expulsion de plusieurs de ces bourbillons comme à travers une écumoire ;

2° Lorsque les orifices des cryptes s'oblitèrent, il en résulte de la rétention, et, par suite, l'enkystement des produits caséeux. En pareil cas, on aperçoit à la surface de l'amygdale de petites poches jaunâtres recouvertes par une muqueuses extrêmement mince, et la ponction de ces kystes fait sourdre un magma absolument caractéristique.

La *marche* de la maladie est essentiellement chronique ; elle ne détermine, comme complications, que des accidents locaux, rarement de voisinage, qui sont caractérisés par des angines à répétition, des phlegmons de l'amygdale. Exceptionnellement, on observe des accidents à distance, auriculaires ou laryngés.

C'est dire que le pronostic est essentiellement bénin. La maladie guérit toujours par un traitement simple.

On ne la confondra pas avec la mycose leptothrixique qui est caractérisée par la présence de petits *champignons* blancs laiteux, disposés en touffes, extrêmement adhérents à l'amygdale, siégeant non pas à l'orifice des cryptes, mais dans leur intervalle, sur les piliers, à la base de la langue et parfois sur la paroi postérieure du pharynx. Ces grains blancs sont extrêmement adhérents et ne s'enlèvent qu'avec la pince ; parfois même faut-il recourir à la pince coupante.

Au point de vue *thérapeutique*, il faut éviter avant tout l'usage du galvano-cautère qui risque d'oblitérer l'orifice des cryptes et d'enfermer ainsi leur contenu dans le parenchyme amygdalien. La cautérisation amygdalienne, en pareil cas, réaliserait la formation d'un tissu scléreux dont la présence pourrait provoquer de la rétention intra-amygdalienne, et, par suite, de l'infection : angine, phlegmon, etc.

Il faut, avant tout, ouvrir largement les orifices des loges contenant les produits caséeux, et pour cela sectionner avec un instrument coupant tous les points de tissu amygdalien séparant les cryptes : on réunit ainsi toutes les cavités ; on vide leur contenu ; on cautérise la profondeur à la teinture d'iode ou au chlorure de zinc au dixième, et, s'il résulte de cette discission la présence de fragments amygdaliens et de lambeaux flottants, on les excise à la pince coupante.

Donc, traitement simple qui assure toujours et rapidement la guérison. A. R. Salamo (de Paris).

Abcès péri-amygdaliens et intra-amygdaliens, par Certain (Thèse de Bordeaux, 1908).

Après quelques considérations générales sur les différentes formes d'abcès amygdaliens, l'auteur étudie surtout la partie microbiologique, de ces abcès. En se basant sur les différentes recherches bactériologiques publiées par les auteurs on peut conclure que le streptocoque, sans être l'agent spécifique des abcès péri- et intra-amygdaliens, paraît être le plus souvent en cause dans cette affection, 16 fois le streptocoque pur sur 17 cas observés.

Cette fréquence du streptocoque semble être due à une propriété plus grande de pénétration de ce microbe vis-à-vis de ses congénères, car, dans les cas terminés par septico-pyohémie, c'est lui qu'on rencontre dans le sang et dans les viscères.

A côté des diverses formes cliniques (abcès classique primitif, abcès secondaire, forme suraiguë) se place une forme subaiguë dont

il a été observé 3 cas et une forme indolente. Ces formes cliniques ne sont en relation ni avec des espèces différentes de microbes, ni avec des associations microbiennes déterminées, puisqu'on a toujours, sauf dans un cas, constaté la présence du streptocoque pur.

On peut expliquer cette variation dans l'intensité des phénomènes réactionnels non par la variation des espèces de streptocoques que les caractères morphologiques et biologiques ne permettent pas de différencier ; mais par une atténuation ou une exaltation de virulence, dont la cause échappe le plus souvent.

Le traitement de choix des abcès intra et périamygdaliens est l'ouverture précoce au galvanocautère.

R. Beausoleil (de Bordeaux).

Quelques types de pneumonie associée à l'inflammation des tumeurs adénoïdes, par Bero (de New-York) (*New-York med. Journal*, 26 septembre 1908).

La pneumonie associée à l'inflammation des végétations adénoïdes a été constatée sous les formes suivantes : 1° sans otite moyenne suppurée : 2° avec otite, celle-ci apparaissant : *a*) au début, *b*) tardivement.

La température, dans ce cas, est très élevée, sans que cette élévation soit défavorable pour le pronostic ; dans les cas avec otite moyenne, la paracentèse ne modifie en rien la marche de la maladie. L'adénoïdite précède la pneumonie. Est-ce relation de cause à effet, est-ce coïncidence ? Pour le moment, il est difficile de rien décider.

Menier (de Figeac).

Corps étrangers du pharynx; extraction avec utilisation de la position de Rose, par Sargnon et Arnaud (*Lyon médical*, 21 mars 1909).

Sargnon et Arnaud présentent au nom de Vignard et au leur un fragment d'os de poulet accidentellement dégluti 20 heures auparavant et qui s'était fortement fixé dans la partie laryngienne du pharynx.

Le malade, âgé de 8 ans et demi, avait une dyspnée intense avec angoisse, tirage et cornage accentués. Le miroir permit d'apercevoir l'os fixé à la face postérieure de la région aryténoïdienne et un peu à gauche. Le toucher précisa sa position. Pas d'anesthésie à cause de la dyspnée. L'extraction ne put être faite la malade assise, mais dans la position de Rose le corps étranger visible directement put être enlevé.

Dans les jours suivants de graves complications broncho-pulmonaires avec fièvre survinrent ; puis à la région cervicale apparut un phlegmon péri-pharyngien communiquant avec le pharynx. La malade guérit.

Binet (de Saint-Honoré).

Polype naso-pharyngé, pas L. Sune y Medan (*Rev. Barcelonesa de enfermedades del Oido*, déc. 1908).

Enfant de 2 ans, obstruction nasale depuis plus d'un an, surtout du côté gauche.

La rhinoscopie antérieure montre une tumeur rosée et aplatie dans le méat moyen. La rhinoscopie postérieure montre une autre masse mobile et complètement indépendante de la première tumeur ; elle est implantée sur l'ouverture postérieure des fosses nasales. La première tumeur est très facilement extirpée, mais pour la deuxième, c'est plus difficile et on n'arrive qu'après diverses manœuvres plus délicates les unes que les autres, à la saisir avec une sonde spéciale et à inciser son pédicule au bistouri. E. Botella (de Madrid).

Sur les méthodes opératoires employées pour l'ablation des fibromes naso-pharyngiens, par R. Rister (*Archives russes de chirurgie*, 1907).

L'auteur fait une revue critique des différents procédés, en montre les avantages et les inconvénients et décrit un cas personnel de fibrome naso-pharyngien. M. de Kervily (de Paris).

Trois cas de sportrichose dermo-hypodermique dont un avec lésions du pharynx et du tibia, par G. Thibierge et P. Gartimel (Société médicale des hôpitaux, Séance du 19 mars 1909).

Deux de ces malades n'offrent que des lésions cutanées, datant de trois mois, mais chez le troisième atteint depuis un an, les lésions sont plus complexes que chez les autres : ulcération du cuir chevelu, suintantes, s'appelant celles de la syphilis maligne ; ulcération moins suintantes sur la face et le cou ; nodosités sur les membres et le tronc, rappelant les gommes syphilitiques ou tuberculeuses.

Depuis 10 jours ce malade a de la gêne de la déglutition et l'on voit dans son pharynx une saillie en nappe occupant tout le voile du palais, une partie de la voûte palatine, les piliers, les amygdales, la luette et la paroi postérieure du pharynx. Ces lésions s'étendent à l'épiglotte et aux replis aryténo-épiglottiques.

M. Binet (de Saint-Honoré).

V. — BOUCHE

Un cas de cheiloplastie par la méthode de Stein, par Hald, de Sundby-Danemark (*Hospitalstidende*, n° 39, 23 septembre 1908).

Stein, chirurgien danois, proposa en 1848 une méthode de cheiloplastie pour la lèvre inférieure. Deux incisions débutant un peu en dedans de l'angle buccal et convergeant en bas se rencontrent un peu au-dessous du menton. Excision de la tumeur. Une partie de la perte de substance est réduite grâce à trois sutures entortillées occupant la partie inférieure de la plaie. Le reste de la perte de substance est

comblé par une transplantation de la lèvre supérieure effectuée comme suit. On décolle la lèvre supérieure de l'arcade dentaire (section du frein); puis on transfixe la substance de la lèvre entre l'angle buccal et la ligne moyenne, en respectant l'artère coronaire, puis le bistouri est conduit obliquement en haut et en dedans vers la cloison nasale. Opération semblable de l'autre côté. On a ainsi un lambeau triangulaire qu'on divise à son tour en deux lambeaux plus petits; le prolabium (partie inférieure de la lèvre supérieure à laquelle fait suite la muqueuse) n'a pas été sectionné, puisque nous avons dit qu'on conservait l'artère coronaire. Les lambeaux seront donc bien nourris; on les retourne en les abaissant et on les fixe aux bords de la perte de substance de la lèvre inférieure (sutures entortillées). Stein laissa 20 jours son malade dans cet état (lèvre inférieure réunie à la supérieure par le prolabium des deux lambeaux) puis il sectionna les deux petits ponts et acheva la suture définitive.

L'auteur a employé la méthode dans un cas ; le résultat esthétique est parfait. Le seul inconvénient, c'est que le malade est obligé pendant 12 à 15 jours d'avoir les lèvres soudées et d'être nourri d'aliments liquides par la sonde. MENIER (de Figeac).

Les névralgies dentaires, et particulièrement l'otalgie dentaire, par F. MULLER (*Zeitschr. f. Ohrenh. u. f. d. Krankh. d. Luftw.*, LVII, Bd., II u. III Hft., février 1909).

Les causes de névralgie dentaire sont, d'après Witzel, des irritations thermiques du trijumeau transmises par des dents plombées, aurifiées, etc., par l'intermédiaire des nerfs de la pulpe. Ces irritations produisent souvent aussi des denticules dans la pulpe qui peuvent aussi causer de fortes névralgies du trijumeau. Une autre cause est l'épaississement du ciment à la pointe d'une racine, l'exostose radiculaire. Il faut incriminer parfois la compression pendant la croissance d'une dent. Witzel a observé que les dents de sagesse sont en rapport intime avec le canal mandibulaire. Cette circonstance peut parfois causer une névralgie. D'autres causes sont : tumeurs dans la chambre pulpaire, inflammations chroniques de la pulpe, éruption pénible d'une dent de sagesse et peut-être aussi des troubles de circulation dans la pulpe.

D'après Reinmöller, il faut ajouter les granulomes de la mâchoire, suite de maladie radiculaire. Leur ouverture fistuleuse peut être excessivement petite et passer inaperçue, surtout quand elle est palatine. La fistule peut aussi s'ouvrir dans le sinus maxillaire et ainsi demeurer invisible. Les rayons X révèlent très clairement ces sortes de lésions. La rétention dentaire est aussi une cause fréquente de névralgie. Aussi la présence de chicots et de dents mal plantées. Il faut mentionner surtout les inflammations chroniques de la pulpe qui se développent tout à fait insidieusement et sans symptômes, qui peuvent durer des semaines, des mois et des années et aboutir à la gangrène de la pulpe, à l'inflammation de la mâchoire et

à la fistulisation, les dents étant en apparence tout à fait saines. L'infection peut passer par des fentes imperceptibles de l'émail, ou bien la pulpe mortifiée, soit par la rupture d'un vaisseau après un traumatisme, soit par formation de denticule ou par dépôt calcaire, reste dans cet état pendant longtemps sans produire de symptômes, jusqu'au jour où des bactéries pénétrant dans la circulation par une plaie cutanée, trouvent ici, dans cette pulpe mortifiée, un milieu favorable à leur développement.

Fuyt, Witthaus et Haffner firent des recherches avec le courant faradique et trouvèrent que lorsqu'une dent réagit à un très faible courant, la pulpe est irritée et enflammée, tandis que quand elle ne réagit pas du tout, la pulpe est morte.

Les plus fortes otalgies dentaires sont causées par les molaires du maxillaire inférieur, ce qui s'explique par le fait que les dents de la mâchoire inférieure et la cavité tympanique sont innervées par la troisième branche du trijumeau. C.-J. Koenig (de Paris).

Quelques cas intéressants d'affections des alvéoles dentaires, par Haskin (*Annals of otology, rhinology and laryngology*, décembre 1908).

L'auteur reproche aux dentistes de s'acharner, quand ils se trouvent en présence d'une fistule dentaire de la gencive, à soigner la dent malade par la racine ou à sacrifier trop tôt, en l'enlevant, une dent dont une grande partie peut encore être conservée. Très souvent, dans ces cas de fistule, l'alvéole est carié sur une plus ou moins grande étendue, et la guérison ne peut être obtenue qu'en traitant cette carie chirurgicalement, c'est-à-dire en la mettant à nu pour la gratter.

Si, au cours de cette petite intervention, on constate qu'une seule racine est malade, on peut la réséquer et conserver la dent.

Le danger de ces caries est naturellement plus grand au niveau des molaires supérieures à cause de la propagation possible au sinus maxillaire.

Le curetage de ces caries alvéolaires peut se faire généralement sous anesthésie locale. Keraudren (de Saint-Brieuc).

Mal perforant buccal d'origine tabétique, par Brindel (*Journal de Médic. de Bx*, 21 mars 1907).

Le malade syphilitique a 22 ans et tabétique depuis 27 ans, a perdu ses dents sans douleur il y a 12 ans. Depuis lors, il s'est fait une résorption des deux maxillaires supérieurs, dont il ne reste plus que les apophyses palatines. Deux grands orifices font communiquer la bouche avec les sinus maxillaires. Le malade est en outre porteur d'une gomme abcédée au niveau de la lame perpendiculaire du vomer.

R. Beausoleil (de Bordeaux).

Trois cas de névralgie du trijumeau guéris par la galvanisation par voie buccale, par V. Vitek (*Casopis Likar uv Ceskijch*, 48 S., H. I).

Dans ces trois cas Vitek avait employé tout d'abord le procédé ordinaire (galvanisation au point douloureux) ; il avait obtenu une amélioration, mais non pas une guérison complète. Il essaya de placer l'anode dans la cavité buccale, au niveau du maxillaire inférieur et de l'os malaire ; ceci naturellement en s'entourant de certaines précautions : en effet il fallait empêcher une action électrolytique du courant sur la muqueuse. L'auteur n'employa que des courants ne dépassant pas 1 M. A. : de plus, il déplaçait constamment l'électrode, surtout lorsque le malade se plaignait de brûlures au niveau du point d'application. Vitek s'est construit une électrode spéciale à l'aide d'une petite palette en métal, légèrement recourbée, s'appliquant parfaitement aux lieux d'élection.

L'auteur croit que ce procédé pourrait convenir dans le cas de névralgies chez les vieillards édentés, ainsi que dans certains cas de glossodynie. IMHOFER (de Prague) et M. J. BLOCH (de Paris).

Les glandes salivaires chez les animaux enragés, par V. PODVYSOTSKY (*Archives russes des sciences biologiques*, t. XIII, fascicule 4).

L'auteur étudie les lésions histologiques observées dans ces cas dans les acini et les canaux excréteurs de la glande sous-maxillaire. M. DE KERVILY (de Paris).

Deux mots sur le traitement de l'anthrax bénin surtout de la face, par G. D'AJUTOLO (de Bologne) (*Bolletino delle Scienze mediche*, vol. VIII, 1908).

Évitant le débridement qui peut laisser des cicatrices, l'auteur emploie la solution alcoolique phéno-mentholée [1] en application sur la peau, suivie de pansements à l'alcool mentholé à 5 °/₀ (alcool à 60 °). Si l'anthrax suppure, le vider et nettoyer l'intérieur avec la solution phéno-mentholée.

Cette méthode dont nous avons exposé seulement les grandes lignes, calme la douleur ; elle permet de faire avorter l'anthrax ou de guérir rapidement (12 ou 13 jours) l'anthrax arrivé à maturité. La cicatrice n'est ni marquée ni pigmentée. MENIER (de Figeac).

Actinomycose de la joue, par MOURE et PIÉTRI (*Gaz. hebdom. des sciences méd. de Bx*, 28 mars 1909).

Présentation d'un malade qui constata il y a 5 mois environ l'apparition d'une petite glande à un travers de doigt de l'aile du nez sur la joue droite, et cela sans la moindre douleur. Cette petite glande augmenta rapidement de volume, amenant bientôt de la gêne de la parole et de la mastication. A l'inspection, on voit une tuméfaction en masse de la joue droite accompagnée d'œdème de la paupière

1. R. Acide phénique pur } aā 100 gr.
Alcool absolu }
Menthol..... 10 gr.

inférieure. La peau est cuivrée, tendue et quelque peu rétractée en un point correspondant à l'orifice buccal du canal de Stenon. A la palpation, on trouve un gâteau induré occupant toute la région tuméfiée. L'induration fait corps avec la peau ; on ne trouve pas de fluctuation ; il n'existe aucun trajet fistuleux. La palpation n'est pas douloureuse ; pas la moindre adénopathie.

On porte le diagnostic d'actinomycose au début, et le malade est soumis à un traitement ioduré intensif (8 grammes par jour). En dix jours, le gâteau a sensiblement diminué et à la dépression signalée plus haut, on voit une petite masse violacée, phlycténoïde, fluctuante et très douloureuse à la pression. La ponction donne un liquide séro-sanguinolent. On incise et on ramène par un curetage une certaine quantité de pus. On n'y trouve point d'actinomycose, ni de microbes à l'examen microscopique. Les cultures sur gélose et gélose maltosée ne donnent que du staphylocoque blanc. Par contre, le séro-diagnostic par agglutination est franchement positif.

R. Beausoleil (de Bordeaux).

VI. — ORTHOPHONIE

Sur la phonasténie chez les chanteurs, par Imhofer, de Prague (*Wiener klin. Wochenschrift*, 28 janvier 1909).

L'orateur a observé 32 cas de cette névrose professionnelle que Flatau décrivit le premier. L'essence de la maladie consiste dans la transgression du principe du moindre effort lors du travail phonatoire. Au point de vue étiologique, il y a à considérer un mauvais enseignement, puis, toutes les causes qui affaiblissent la puissance de la musculature du larynx (anémie, etc.). Le diagnostic ne doit jamais être fait d'après les commémoratifs seuls, mais doit se faire par l'observation de certaines lacunes du son apparaissant à des moments typiques et pouvant être compensées par diverses méthodes (électricité, compression). Cette méthode de diagnostic est aussi la base du traitement. En plus de la phonasthénie typique, durant assez longtemps, Imhofer connaît une forme aiguë, non décrite, dont il montre un exemple typique. Ici, l'affection se déroule en peu de jours. Cette forme est très accessible au traitement, mais la *restitutio ad integrum* ne peut se faire sans traitement. Menier (de Figeac).

Un cas de voix de basse chez une jeune fille, par Max Scheier (de Berlin). (*Medizinische Klinik*, 1908, n° 43.)

La jeune fille, âgée de 16 ans, fut réglée régulièrement jusqu'à 15 ans ; les règles s'arrêtèrent et sa voix de soprano se *virilisa* et se transforma en voix de basse. Les cordes sont plus volumineuses et plus longues que chez les jeunes filles du même âge ; elles sont rouges et à la phonation forment un triangle postérieur ; elles ne se

ferment tout à fait que quand la jeune fille parle d'une voix élevée, Larynx volumineux ; pomme d'Adam saillante.

L'examen génital révèle que la jeune fille est bien féminine conformée : pas d'hermaphrodisme. Goûts féminins. La voix va du do d'en bas jusqu'au la d'en haut, soit 4 octaves. Elle est en mesure de donner aussi les notes de tête les plus parfaites.

Le thyroïde n'est pas ossifié ; léger degré de goitre. L'auteur se demande ce que deviendra cette voix. Barth croit qu'elle restera telle; Gutzmann croit à une perversion de la mue, à pronostic favorable.

Quant à Scheier, il admet, dans ce cas, une relation de la voix avec les organes génitaux (faits connus depuis déjà longtemps) et pense que la cessation de la menstruation n'a peut-être pas été sans influence sur le type vocal viril. Il se propose donc de tâcher de ramener les règles et plus tard d'électriser le larynx et de faire faire des exercices vocaux systématiques. MENIER (de Figeac).

VII. — AUDITION, SURDI-MUTITÉ

Phonation et audition. A propos de la sirène à voyelles, par MARICHELLE (*Revue gén. de l'Enseign. des sourds-muets*, février 1909).

L'auteur étudie la synthèse physiologique et la synthèse acoustique des sons de la parole et la théorie physiologique de Marage.

E. DROUOT (de Paris).

Traitement de la surdité catarrhale, par JEROEY (*Journal of American Ass.*, n° 20, 1908).

Dans cent cas environ, l'auteur a obtenu de surprenants résultats par l'ablation d'adhérences en cordon dans la fossette de Rosenmüller. Après cocaïnisation, il introduit l'index à l'extrémité supérieure de la fossette semi-lunaire et pousse le doigt en arrière et en bas à travers la fossette. Le traitement consécutif se fait avec la solution d'azotate d'argent. MENIER (de Figeac).

Sarah Fuller et Helen Keller, par A. LEGRAND (*Rev. gén. de l'Enseign. des sourds-muets*, février 1909).

Helen Keller est cette étonnante sourde-muette aveugle américaine dont la renommée a franchi depuis longtemps les mers. Bien que toute jeune encore, elle a écrit trois ouvrages que l'on ne peut lire sans un profond sentiment d'admiration et sans trouble, étant donné la valeur de l'œuvre et la condition misérable de l'auteur; la malheureuse est privée de deux sens jugés indispensables à la vie intellectuelle : l'ouïe et la vue.

Sarah Fuller, directrice d'une école de sourds-muets de Boston enseigna la parole à miss Keller. M. Legrand rappelle d'après Helen

Keller elle-même comment son admirable maîtresse parvint à lui rendre la fonction verbale. E. Drouot (de Paris).

La lampe électrique et le cinématographe dans l'enseignement des sourds-muets, par E. Rodziszewski de l'Institution des sourds-muets de Varsovie (*Rev. gén. de l'Enseig. des sourds-muets*, n° 9, mars 1909).

L'auteur a fait usage d'une lampe électrique oblongue pour enseigner l'articulation à de jeunes sourds-muets. En plaçant cette lampe tout près de la bouche, l'intérieur de la cavité buccale se trouve éclairé, et l'élève peut se rendre compte, beaucoup plus aisément du jeu de la langue et du voile du palais dans l'émission des voyelles et des consonnes.

Personnellement, n'ayant pas de lampe électrique à notre disposition, nous nous sommes servi d'une simple bougie, en particulier dans l'enseignement des sons nasaux, pour montrer aux élèves le fonctionnement du voile du palais, et cette façon de procéder a singulièrement facilité notre tâche, mais la lampe électrique est évidemment préférable à la bougie.

Rodziszewski signale les services très grands que rendrait l'emploi du cinématographe dans l'enseignement des sourds-muets au point de vue de l'acquisition de la langue et des connaissances.

E. Drouot (de Paris).

VIII. — TRACHÉE, CORPS THYROÏDE, ŒSOPHAGE

A propos de dix cas de corps étrangers de la trachée, par T. Krasnobaeff (*Praktitchesky Vratch*, 1908, n° 12).

L'auteur présente les observations de 10 cas observés à l'hôpital des enfants de Morosoff à Moscou. La trachéotomie a été faite dans 8 cas. La durée de la maladie a été de moins de 24 heures dans 4 cas ; dans 2 cas elle a été de 2 jours et dans les 3 autres cas elle a été de 11 jours, 16 jours et 6 mois. 3 cas se sont terminés par la mort. Dans l'un de ces derniers on a trouvé à l'autopsie un pneumothorax d'origine mal déterminée. Dans les autres cas, la mortalité due à des complications (pneumonie, gangrène du poumon par suite de thrombose d'une branche de l'artère pulmonaire).

L'auteur insiste sur la nécessité d'établir des indications précises pour les cas où l'incision de la trachée doit être suturée ou non après l'opération. L'opération sanglante sera en effet encore longtemps d'un usage courant, car la bronchoscopie ne peut être faite que par des spécialistes expérimentés.

M. de Kervily (de Paris).

Abcès prétrachéal dans un cas de scarlatine, par Giosseffi, de Trieste (*Allgemeine Wiener med. Zeitung*, 25 août 1908).

Les ganglions sous-mentaux, rétro-auriculaires, sous- et rétro-maxillaires, ceux qui sont le long du sterno-cléido-mastoïdien sont atteints quelquefois ; le ganglion prétrachéal est plus rarement le siège d'un abcès.

Chez la fillette de 9 ans qui mourut de sténose et d'asphyxie dix jours après l'apparition de l'exanthème on trouva derrière les muscles sterno-hyoïdiens et sterno-thyroïdiens un vaste abcès (volume d'une noix).

On connaît des cas où les abcès péritrachéo-laryngés sont consécutifs au traumatisme du tubage, ou à l'introduction d'un corps étranger. Ce n'est point ici le cas et cette observation d'abcès du ganglion prétrachéal semble unique dans la littérature. Menier (de Figeac).

Sur l'emploi de la trachéo-bronchoscopie dans les cas de goitre, par Tsitovitch (*Praktitchesky Vratch*, 31 mai 1908).

L'auteur présente deux malades dont l'un a un rétrécissement de la trachée au-dessous du niveau où se trouvait le goitre. L'autre malade a un rétrécissement relativement peu prononcé de la trachée au niveau même du goitre.

A ce propos, l'auteur résume la technique de la bronchoscopie, insistant sur les moyens d'anesthésie locale et sur la position à donner au malade pendant l'examen. M. de Kervily (de Paris).

Observation sur les glandes thyroïde et parathyroïde, par Tuholake, de Saint-Louis (*Medical Record*, 13 juin 1908).

Certains auteurs modernes regardent les deux glandes comme identiques aux points de vue fonctionnel et morphologique. Mais la majorité des observations nous force à les considérer comme séparées et formant une partie du système glandulaire général.

On a vu que si l'on liait, chez le chien, les veines thyroïdiennes, les glandes d'abord gorgées de sang, peuvent subir un certain degré d'atrophie. Se basant sur ce principe, il a lié les veines thyroïdiennes chez un homme présentant de grands symptômes de goitre exophtalmique. Le résultat a été bon. Menier (de Figeac).

Les kystes mucoïdes de l'espace thyro-hyoïdien, par Broeckaert (*Ann. Mal. Or.*, n° 2, 1909).

A mesure que l'on étudie avec plus de soin leur structure histologique, un certain nombre de groupes absolument distincts et nettement définis ont fait place à la grande classe si vague et si complexe des kystes du cou.

L'hygroma de la bourse thyrohyoïdienne, si fréquemment décrit, s'est montré en réalité un kyste congénital développé dans les débris embryonnaires de l'ébauche médiane du corps thyroïde ou rattaché à l'évolution embryonnaire des fentes branchiales.

Telles sont les données embryologiques confirmées par les cas opérés et les examens de pièces rapportés dans ce travail.

FAIVRE (de Poitiers-Luchon).

Du rôle des anévrismes aortiques dans l'étiologie des spasmes et des sténoses à forme grave de l'œsophage, par GUISEZ (*Presse médicale*, 17 février 1909).

L'œsophagoscopie apporte sa contribution au diagnostic des sténoses de l'œsophage et des anévrismes souvent latents de l'aorte thoracique : dans l'œsophagoscope, la paroi apparaît comme soulevée et refoulée par une tumeur expansive et pulsatile ; l'aspect est caractéristique et ne peut être confondu avec aucune autre sténose.

Les phénomènes spasmodiques ont ici un plus grand rôle que la sténose proprement dite ; c'est que la compression des nerfs de l'œsophage par la tumeur a une grande importance dans la pathogénie de la dysphagie.

L'auteur rapporte six cas de sténose œsophagienne d'origine anévrismale, diagnostiqués par l'œsophagoscope.

A. PERRETIÈRE (de Lyon).

Sur les corps étrangers de l'œsophage, par Ach. MUNIQUE (*Munch. med. Wochensch.*, 1908, n° 44).

L'auteur a observé 7 cas de corps étrangers de l'œsophage, qu'il a extraits avec l'œsophagoscope.

Il donne aussi quelques renseignements sur la thérapie générale de ces accidents. Ses observations ne contiennent rien de nouveau pour le spécialiste. SCHÖNEMANN (de Berne).

Corps étrangers de l'estomac et de l'œsophage, par DENHAUS (*Archiv für klin. Chirurgie*, tome 86, fasc. 1, p. 24).

Il ne faut pas essayer de repousser dans l'estomac un corps enclavé dans l'œsophage. Si le corps est tombé dans l'estomac, le laisser tranquille s'il est susceptible d'être digéré ou s'il est petit, sans aspérités; sinon faire la gastrotomie.

Les rayons X sont le meilleur procédé de diagnostic; ils devront remplacer le cathétérisme qui est souvent sans résultat et parfois dangereux. L'œsophagoscopie avec tentatives d'extractions est très souvent (?) dangereuse et échoue. Elle exige une grande pratique. L'œsophagotomie latérale est le procédé de choix; on arrive souvent à obtenir la réunion par première intention. S'il y a processus inflammatoires péri- ou endo-œsophagien, faire tout de suite une fistule stomacale.

Malgré les avantages des méthodes opératoires, l'auteur est obligé d'avouer un échec par ulcération de la carotide qui avait dû être lésée au cours de l'intervention. MENIER (de Figeac).

Sur une simplification dans la technique de l'œsophagoscopie, par P. Revidsoff (*Praktitchesky Vratch*, 6 septembre 1908, n° 36).

Dans l'emploi de l'œsophagoscope d'Ewald, le moment le plus difficile se trouve au commencement de l'introduction de l'instrument lorsqu'avec l'extrémité interne de ce dernier il faut trouver l'entrée de l'œsophage et, lorsqu'après l'avoir trouvé, on doit donner à l'instrument la direction indispensable. Cette difficulté dépend de ce que l'instrument est rectiligne et de ce qu'il ne peut être plié dans toute son étendue. Cette difficulté existe aussi en partie lorsque l'extrémité interne de l'instrument est munie d'un mandrin de caoutchouc comme dans l'œsophagoscope de Kosenheim, par exemple.

La modification de l'auteur consiste en ce que la partie inférieure de l'instrument, sur une étendue de 8 centimètres, est terminée en spirale qui se plie assez faiblement pour pénétrer dans l'œsophage, et qui, après l'introduction tend elle-même à se redresser.

M. de Kervily (de Paris).

IX. — THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE

De l'emploi de la morphine en thérapeutique infantile, par Lesage et Cléret (*Archives générales de Médecine*, mai 1908).

La morphine donne de bons résultats dans les spasmes laryngés, surtout dans la croup. Elle est bien tolérée même par les nourrissons ; elle permet même d'éviter le tubage ou la trachéotomie.

Doses : 1re année : 1/3 de centimètre cube de la solution au 1 0/0 de chlorhydrate de morphine.

2e année : 1/2 centimètre cube.

3e année : 2/3 de centimètre cube.

Au-dessus de trois ans : 1 centimètre cube.

Menier (de Figeac).

Un nouveau médicament contre la coqueluche, par V. Kaupe, de Bonn (*Münch. Mediz. Wochenschrift*, n° 27, 1908).

L'auteur préconise une solution à base de thym qui lui aurait donné d'excellents résultats.

Schœnemann (de Berne).

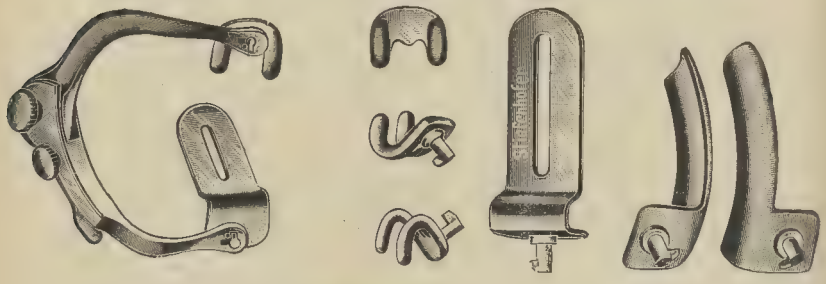
La thiosinamine en otologie, par A. Martin et Pont de Boter (*Rev. barcelonea de enfermed. de oido*, etc., janvier 1909).

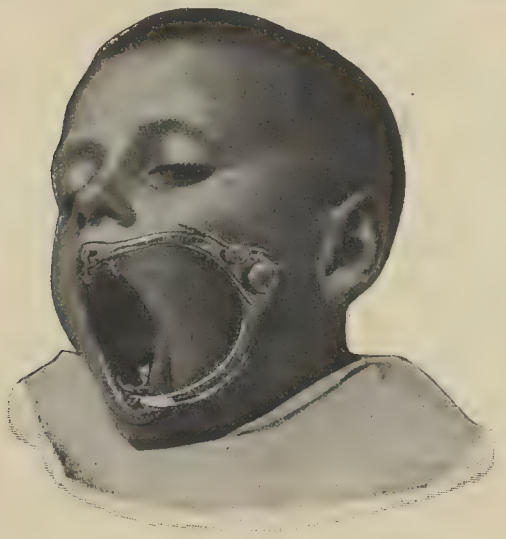
Après avoir fait l'historique de la thiosinamine et de ses applications multiples jusqu'à Lermoyez et Mahu, les auteurs recommandent de ne l'employer que dans les otites adhésives pures, cicatricielles ou catarrhales, sous forme de bains par le conduit ou d'instillations par la trompe et de compléter le traitement par un massage tympanique. On aura d'excellents résultats.

E. Botella (de Madrid).

Un ouvre-bouche automatique, par Plien, de Berlin (*Thérap Rundschau*, 7 février 1909).

Cet appareil peut s'appliquer exactement contre la joue et ne gêne en rien les opérations; on peut l'employer avec facilité aussi bien à droite qu'à gauche. Le levier placé au bras inférieur de l'ouvre-bouche s'engrène avec une tige dentée placée sur le bras supé-





rieur; une simple pression sur ce levier suffit à relâcher le mécanisme. Les crochets qui s'appuient sur les dents du papier peuvent être remplacés par des étriers garnis de caoutchouc lorsqu'il s'agit d'une intervention à faire sur des sujets n'ayant pas encore ou n'ayant plus de dents [1]. Menier (de Figeac).

1. L'appareil est fabriqué par M. Stiefenhofer Karlsplatz, Munich.

Sur le traitement de la diphtérie d'après les expériences faites pendant les années 1900-1904 dans l'hôpital Augusta à Cologne, par Berlin (*Munch. med. Wochenschrift*, 1908, n° 38).

Dans ce travail statistique, l'auteur prouve que l'injection sous-cutanée du sérum anti-diphtérique est suivie en général d'un bon succès. Schönemann (de Berlin).

L'influence de l'adrénaline comme cause d'artério-sclérose, par Hopkins (*Annals of otology, rhinology and laryngology*, décembre 1908).

Josué, en 1903, avait, à la suite d'expériences, conclu que l'adrénaline pouvait déterminer l'artério-sclérose et beaucoup de spécialistes, après la lecture de travaux sur le même sujet, hésitaient à employer ce médicament si précieux.

Hopkins s'appuyant sur de nombreux travaux parus depuis montre que ces assertions n'ont rien de fondé.

Il cite, à l'appui de sa thèse, outre de nouvelles expériences faites sur les animaux, l'observation d'une femme qui avait, pendant 3 ans, pris pour soulager des crises d'asthme, de fortes doses de solution d'adrénaline. A l'autopsie, on ne trouva aucune lésion qui put être imputée à l'artério-sclérose. Keraudren (de Saint-Brieuc).

X. — VARIA

Essai de systématisation des lésions tuberculeuses de l'appareil respiratoire, par Jouty et Molle (*Ann. Mal. Or.*, n° 2, février 1909).

Existe-t-il une relation entre le siège des lésions laryngées et celui des lésions pulmonaires dans la tuberculisation de ces deux organes ?

Telle est la question inédite que se sont posée les auteurs de ce mémoire et les résultats de leurs observations sont les suivantes : grande fréquence de l'unilatéralité des lésions au cours de la tuberculose laryngée ou prédominance marquée d'un côté quand elles sont bilatérales ; évolution pathologique soumise à la plus ou moins grande résistance du terrain ; localisation de ces lésions laryngées en rapport avec le côté topographique des lésions pulmonaires concomittantes et du côté du pneumogastrique qui est en état d'hypotrophie.

Les schémas qui illustrent le texte ne laissent aucun doute sur l'efficacité d'une inoculation bacillaire et d'une infection future possible sur les seuls territoires laryngo-pulmonaires correspondant à cette systématisation nerveuse latérale.

Peut-être même l'hystérie n'est-elle autre chose qu'une localisation spéciale dans le domaine sensitif et psychomoteur d'un état de désé-

quilibre qui, chez beaucoup d'individus et, en particulier chez les tuberculeux, se cantonne plus exclusivement dans le système trophoneurotique. FAIVRE (de Poitiers-Luchon).

Influence climatérique de la Riviera sur les voies respiratoires supérieures, par MIGNON, de Nice (*Rev. hebd. de laryng.*, n° 10, 6 mars 1909).

Le climat de la Riviera a un effet stimulant dont l'action varie avec l'accoutumance. De là, au début d'un séjour, des réactions congestives fréquentes, surtout si l'hivernant ne prend pas quelques précautions : éviter les refroidissements au moment du coucher du soleil, se protéger contre une insolation trop intense, etc.

Les principes de la climatothérapie étant observés, l'action de la lumière, de la douceur du climat, de la proximité d'une mer calme (à condition de ne pas en rechercher le voisinage immédiat) est favorable sans conteste et plus que les plages du Nord, au bon état et à l'amélioration des affections nasales, laryngées et trachéales. Parmi les affections qui ont paru retirer le plus d'avantages d'un séjour dans le Midi, l'auteur cite : le catarrhe aigu et chronique des fosses nasales, les rhumes des foins, les formes banales ou spécifiques (tuberculeuses, syphilitiques) de laryngites.

Le voisinage de la mer doit faire écarter les malades qui ont des lésions tuberculeuses trop avancées, celle-ci se trouveraient mal d'un climat à action plutôt stimulante.

J.-E. MATHIEU (de Challes-Hyères).

Du refroidissement, par le prof. CHODOUNSKY, de Prague, (*Revue de médecine tchèque*; année 1, fasc. 3).

Ce travail est en somme une polémique dirigée contre la publication de W. Siegel : « Le refroidissement comme cause de maladie » (*Deutsche medic. Wochensch.*, 1908). Chodounsky nie l'existence du refroidissement dans le sens clinique du mot, de même que l'influence de la température et du temps sur la morbidité en général : il se base sur des expériences faites sur les animaux et sur sa propre personne avec beaucoup de courage. L'action locale du froid n'est jamais pathogène. Son action directe sur les nerfs se traduit bien par une diminution de la conductibilité, même par une inhibition mais jamais elle ne peut provoquer une névralgie ou une paralysie persistante.

L'aspiration d'air glacé, ou d'air alternativement chaud et glacé n'exerce aucune action sur la muqueuse de la trachée ou des bronches.

Chodounsky aborde ensuite une autre question : Le froid n'agit-il pas directement comme cause de maladie, en provoquant une inhibition diminuant la résistance de l'organisme à l'égard des agents pathogènes ? Chodounsky combat également cette hypothèse si fréquemment émise. Le refroidissement, ou plutôt les phénomènes que la clinique prétend décrire comme causés par lui, ne doivent pas

être classés parmi les processus nosologiques diminuant l'énergie vitale. Les statistiques ne permettent pas d'admettre un rapport entre les affections causées par le froid et les influences climatériques ou la température : de même les professions exposant particulièrement au refroidissement n'entraînent pas une augmentation de la morbidité. — Aussi l'endurcissement au froid n'a aucune valeur : en effet les affections causées par le froid sont aussi fréquentes chez les individus qui sont endurcis que chez ceux qui ne le sont pas.

Enfin Chodounsky aborde la question de l'augmentation de la virulence des germes pathogènes des muqueuses sous l'influence du froid. Il a fait des expériences à ce sujet sur les animaux et environ 40 expériences sur lui-même au moyen du bacille de Friedländer, du bacille de Löffler, du pneumocoque de Fränkel-Weichselbaum. Jamais il n'a constaté d'accroissement de virulence.

« Il n'importe peu, dit Chodounsky, que l'on mette en doute tous ces faits prouvés par l'expérience : en effet, pour démontrer leur inexactitude, il faudrait entreprendre un nombre égal d'expériences, faites dans les mêmes conditions et contrôles. »

Imhofer (de Prague) et M. Bloch (de Paris).

De l'importance des voies respiratoires supérieures dans l'étiologie des infections cryptogénétiques, et particulièrement de la pleurésie, par B. Wood (*Annals of otology, rhinology and laryngology*, décembre 1908).

Ces dernières années, on a beaucoup parlé d'une communication possible par les lymphatiques entre la gorge et les ganglions pulmonaires ou le sommet des plèvres.

Tout le tissu lymphoïde de la gorge peut être le point de départ d'une infection de l'organisme ; or, de ce tissu lymphoïde, les amygdales palatines sont le plus exposées à l'inflammation, à cause de la présence dans ces amygdales de cryptes et de lacunes pouvant servir de réceptacle aux bactéries et aussi à cause de leur structure histologique particulière.

Le Dr Ravenel a fait des recherches pour savoir si ces amygdales n'opposaient pas, comme on l'a cru pendant longtemps, à l'infection bactérienne des substances toxiques et bactéricides. Mais la clinique à elle seule suffirait pour contredire cette opinion ; on sait, en effet, avec quelle facilité les amygdales s'infectent dans la tuberculose pulmonaire. Suivent les observations de nombreuses autopsies concluantes en ce sens.

L'infection ayant son point de départ dans l'amygdale, peut se généraliser et se porter sur presque tous les organes. L'auteur passe alors en revue ces différentes maladies.

Comment se fait cet envahissement de l'organisme ?

Boéri a montré que c'est l'exception, si même c'est possible, que les bactéries puissent traverser une paroi normale de vaisseau, mais ces bactéries élaborent des toxines qui, elles, peuvent être absorbées.

La bactérie, pour pénétrer dans la circulation générale, devra donc emprunter la voie lymphatique.

L'auteur étudie alors en détail le système lymphatique du cou qui comprend un groupe superficiel et un groupe profond.

Exceptionnellement ces deux systèmes sont réunis par des anastomoses, mais alors même que ces anastomoses existent; il est rare qu'une infection puisse, de la gorge, gagner les plèvres par ce courant lymphatique à cause des nombreux ganglions échelonnés le long de cette chaîne lymphatique et qui opposent autant de barrières au microbe.

En résumé ce que l'auteur veut surtout prouver, c'est que les plèvres ne risquent pas de s'infecter directement à la suite d'une inflammation de la gorge, mais si elles présentent un point de résistance moindre, l'infection, par suite de l'absorption des toxines par le sang, pourra venir se localiser sur elles comme elle peut le faire sur tout autre organe.

Deux figures annexées à ce long travail représentent le système lymphatique du cou. KERAUDREN (de Saint-Brieuc).

La colibacillose des organes respiratoires, par Hermann VON SCHRÖTTER et Max. WEINBERGER (*Wiener klin. Wochenschrift*, 11 juin 1908).

Article intéressant surtout au point de vue bactériologique.

MENIER (de Figeac).

Toux réflexe, par I. R. BENCLER (*British med. Journal*, 1909, I, p. 464).

A propos d'une discussion très intéressante sur les diverses formes de toux, l'auteur communique un cas particulièrement intéressant de toux réflexe chez un enfant atteint de coqueluche, particulièrement intense et durant depuis 18 mois. Or, cette toux cessa subitement à la suite d'une grande injection d'oreille.

E.-A. PETERS (de Londres).

Désinfection des cavités du corps par injections d'émulsions de bactéries vivantes non pathogènes, par NORTH (*Medical Record*, 13 juin 1908).

L'action des bactéries de l'acide lactique et autres bactéries non pathogènes amène à penser que l'administration de bactéries (non pathogènes) choisies judicieusement a un fondement raisonnable. Si l'immunité d'une cavité du corps dépend beaucoup de l'intégrité de sa *garnison* en bactéries non pathogènes, on peut se demander si on peut maintenir cette intégrité et améliorer le personnel de cette garnison, grâce à des renforts fournis par le bactériologiste. Metchnikoff a commencé (emploi de lait acidifié par des bactéries lactiques sélectionnées).

Le spray antiseptique n'est qu'une méthode superficielle de désinfection. Dans quelques cavités (oreille moyenne, vagin, urèthre, fis-

tules et abcès), l'antagonisme des bactéries pathogènes et non pathogènes peut avoir une valeur thérapeutique. Les émulsions de bactéries de l'acide lactique peuvent rendre des services dans ces cavités, surtout quand l'irritation est due à des processus de putréfaction.

MENIER (de Figeac).

Présentation de pièce, par PIÉTRI (*Gaz. hebd. des sciences médicales de Bordeaux*, 28 juin 1908).

Présentation d'une tumeur siégeant dans le sinus maxillaire et qui avait probablement une origine dentaire. Il serait intéressant d'en pratiquer l'examen histologique.

R. BEAUSOLEIL (de Bordeaux).

Leçon inaugurale, par le prof. Otto PIFFL (*Prager medicin Wochenschrift*, 1909, n° 1).

Piffl dans sa leçon inaugurale ayant trait aux travaux scientifiques de Zaufal, expose brièvement l'évolution de certaines questions importantes concernant l'otiatrie. Il insiste sur trois questions en particulier : 1° l'extraction du caillot dans la thrombose du sinus ; 2° la ligature de la jugulaire dans la même affection ; 3° la question de la paracentèse.

En ce qui concerne le premier point, Piffl dit que les limites du thrombus ne sont pas toujours celles que l'œil perçoit : souvent le thrombus s'invagine en forme de coin dans la lumière du vaisseau sans l'obturer complètement. De là résulte la difficulté qu'on éprouve à extraire le thrombus en entier. Dans les cas où le thrombus est de coloration rouge foncé, à la suite d'inflammations aiguës de l'oreille moyenne en général, l'auteur est d'avis de ne pas y toucher. Il recommande au contraire l'extraction lorsque le thrombus est de coloration anormale, d'apparence friable ; c'est ce que l'on voit en général dans les formes chroniques.

Ces recommandations s'appliquent également à la ligature de la jugulaire : dans les cas aigus, sans symptômes généraux graves, on peut se passer de lier la jugulaire en restant dans l'expectative. Dans les cas graves, il faut pratiquer la ligature avant la trépanation.

Pour la paracentèse, Piffll est du même avis que Zaufal. Au cours de l'année 1907, sur 150 otites qu'il eut à traiter avant perforation, il ne pratiqua la paracentèse que trois fois. L'auteur n'a pas remarqué en adoptant cette manière de faire, que les complications fussent plus fréquentes. Ces assertions de Zaufal sont corroborées par les recherches de Scheibe et de Preysing.

IMHOFER (de Prague) et M. BLOCH (de Paris).

NOUVELLES

La 18 assemblée de la Société allemande d'otologie aura lieu, cette année, les 28 et 29 mai à Bâle. A propos du rapport sur « les bruits subjectifs de l'oreille », Mr K. L. Schaefer (de Berlin) se charge de la partie théorique et M. J. Hegener (de Heidelberg), de la partie pratique et du traitement. Le rapport sera envoyé aux membres, en avril, imprimé. Toutes les communications doivent être adressées au secrétaire, au plus tard jusqu'au 15 avril. L'ordre du jour sera arrêté fin avril. Pour être acceptées les communications doivent être signées. Les nouveaux membres doivent être présentés par deux membres de la Société.

Nécrologie.

Dr Frank Jackson Mac Nett, de Traffsverse City (Michigan), à l'âge de 38 ans. Le défunt était membre de l'American medical Association.

— Ch.-E Rider, de Chappaqua (N. Y.), âgé de 69 ans ; membre de l'*American otological Society*.

— F.-I. Knight, de Boston, âgé de 69 ans, l'un des fondateurs et ancien président de la Société américaine de Laryngologie, ex-professeur de rhino-laryngologie à l'Université de Harvard.

— Émile Rudolf Haug, professeur à l'Université royale et président de la polyclinique otologique de l'Université royale, décédé à Münich, le 14 avril 1909.

Informations.

Les éditeurs des *Archives of otology* annoncent qu'après la publication du numéro de décembre complétant le 37e volume, ce périodique cessera de paraître. Les éditeurs, Drs Hermann et Arnold Knapp, remercient ceux qui, comme lecteurs ou collaborateurs, ont apporté leur aide sympathique à cette revue.

— *Académie des sciences morales et politiques.* — Louis Arnold, professeur à la Faculté des lettres de Poitiers, a communiqué une intéressante étude sur l' « École française des sourdes-muettes aveugles ». Il a terminé sa lecture, très écoutée, par une sorte de schema de « la méthode de Larnay » pour l'enseignement des sourds-muets aveugles.



Phosphatine Falières. — Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée à bouche contient 25 centigrammes.

Æthone ($C^7H^{16}O^3$) sédatif puissant non toxique. Bien supérieur au bromoforme contre toux spasmodique, coqueluche, pharyngite, laryngite, bronchite chronique, etc.

« *J'ai pu me rendre compte des propriétés sédatives extrêmement puissantes qui, d'après les résultats que j'ai pu observer, est infiniment supérieur au bromoforme.* »

(Extrait des comptes rendus de la Société de Thérapeutique de Paris, séance du 25 avril 1907.)

Le Peptonate de fer Robin est le plus assimilable de tous les ferrugineux. Le prendre à la dose de 10 à 30 gouttes par repas. Admis dans les hôpitaux de Paris et des Colonies.

La Cytopasmine Ducatte, granulée à base de Damiana, phosphates de céréales et nucléine, est indiquée dans tous les cas où, *sans fatiguer le cœur*, on veut procurer à l'organisme un stimulant, utile et durable : 2 cuillerées à café au moment de chaque repas.

Pastilles Houdé à la cocaïne, dosées à 3 milligrammes. Elles sont employées avec succès pour calmer et même supprimer la douleur dans les affections de la gorge et du larynx, irritations et picotements : 8 à 10 par jour.

Les *Capsules Dartois* contiennent chacune 5 centigr. de véritable créosote de hêtre dissoute dans 20 centigr. d'huile de foie de morue. — Dose moyenne : 2 ou 3 à chaque repas contre bronchites, catarrhes, tuberculose, laryngites tuberculeuses. — Toutes pharmacies.

Salicol Dusaule, solution concentrée d'acides salicylique, borique et acétique, aromatisée aux essences de thym et de wintergreen. — Tous usages antiseptiques, gargarismes, pulvérisations, etc.

Solution d'Adrénaline Miahle au 1/1000e.

Granules de Catillon, ext. titré de strophantus ou strophantine cristallisée.

Glycérine créosotée Catillon, tonique, anticatarrhale, remplace huile de foie de morue.

Iodo-thyroïdine Catillon, bien tolérée, très active : goitre, obésité, etc.

Cérébrine, médicament spécifique de la *migraine* sous toutes ses formes. Agit spécialement contre les *névralgies faciales rebelles*, intercostales, rhumatismales, sciatiques, le vertige stomacal, et pardessus tout contre les *coliques périodiques*. Une cuillerée à soupe à tout moment d'un accès suffit. — *Eug. Fournier*, 21, rue de Saint-Pétersbourg, Paris (8e).

Chloroforme Dumouthiers. — Anesthésique chimiquement pur, renfermé en tubes scellés. Il conserve toujours sa pureté initiale.

Les *Pastilles Brunelet*, dosées à 0,002 milligr. de Cocaïne, 0 gr. 05 de Menthol, 0 gr. 06 de Borate de soude, calment la douleur dans toutes les affections de la gorge et du larynx. — Toutes les pharmacies et dépôt, 22, Rue Turbigo, Paris.

Phénosalyl Tercinet, seul Antiseptique composé approuvé par l'Académie de Médecine. Pansements; gargarismes; injections; inhalations; affections cutanées. Résultats thérapeutiques remarquables et rapides. Non toxique, soluble dans l'eau. Flacons de 125 à 250 gr. Toutes pharmacies. — Dose : Une cuillerée à soupe pour un litre d'eau tiède.

Sirop et Dragées au Protoiodure de fer de F. Gille. — Dosage : Sirop : 0 gr. 10 par cuillerée à soupe. — Dragée : 0 gr. 05 par dragée. — Posologie. — Chlorose, Anémie, Cachexie, Syphilis. — En vente dans toutes les Pharmacies. Entrepôt général, 73, rue Ste-Anne, Paris.

Le Gérant : M. Desbois.

MACON, PROTAT FRÈRES, IMPRIMEURS

Tome XXVII. Supplément au n° 3 (Mai-Juin 1909)

ARCHIVES INTERNATIONALES
DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE
RHINOLOGIE

SOCIÉTÉ FRANÇAISE
DE
Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie

Session annuelle
de la Société française d'oto-rhino-laryngologie.
Hôtel des Sociétés savantes, Paris.
Session de 1909.
Président : Lavrand (de Lille).
Compte rendu par A.-R. Salamo (de Paris).

Séance du lundi 10 mai (matin).

Discours du Président. — Le Président remercie tout d'abord ses collègues, adresse un souvenir ému aux membres disparus et en particulier à Joal et remercie les membres étrangers présents à la séance parmi lesquels Béco, de Liége, Delsaux, de Bruxelles, Broeckaert, de Gand, Hennebert, de Bruxelles, Trétrôp, d'Anvers, Delie, d'Ypres, Mermod, de Lausanne, etc.

Élections.

Escat (de Toulouse) est élu vice-président pour 1910 à la presque unanimité des voix (43 sur 44 votants).

Rapports pour 1910.

I. — **Ostéites et périostites isolées du temporal,** rapporteurs : Gault (de Dijon) et Jacques (de Nancy).

II. — **Indications et résultats de la broncho-œsophagoscopie,** rapporteurs : Guisez (de Paris) et Philip (de Bordeaux).

Rapport du secrétaire général. — Le secrétaire général fait un rapport très complet et très intéressant sur les travaux de l'an dernier, il est particulièrement applaudi.

Surdité et obstruction nasale, par Brindel (de Bordeaux). — L'auteur constate les relations évidentes entre la surdité et l'obstruction nasale et dans les cas d'unilatéralité de la surdité, il y a obstruction nasale du même côté. Il parle, bien entendu, de l'obstruction nasale proprement dite, obstruction chronique, gonflement des cornets, coryza hypertrophique, éperon, déviation de la cloison. Dans ces formes de surdité, il y a souvent des bourdonnements. Un fait est certain, c'est que les cautérisations améliorent la surdité et les bourdonnements et l'opération fait encore mieux. L'auteur se livre ensuite à des considérations anatomiques, à des recherches sur l'irrigation nasale et l'irrigation auriculaire moyenne qui sont identiques, ce qui peut expliquer dans une certaine mesure les faits constatés cliniquement.

De plus, il a procédé à des mensurations très minutieuses, et il conclut à un retentissement certain de l'imperméabilité des fosses nasales sur l'oreille.

Sarcome de la fosse nasale, opération de Moure, par F. Furet (de Paris). — L'auteur rapporte l'histoire d'une femme de 38 ans, se plaignant depuis deux ans de nasonnement, d'anosmie et d'obstruction nasale, sans aucun trouble de l'état général, et dont la fosse nasale gauche était remplie par une grosse tumeur sarcomateuse, occupant toute la hauteur de la cavité. L'extraction étant impossible par les voies naturelles, Furet eut recours au procédé de Moure, qui lui permit une exérèse facile et totale de la tumeur, sans mutilation disgracieuse.

Escat a vu 1 cas semblable, où l'opération avait eu d'excellents résultats immédiats, mais où il survint un adéno-phlegmon de la région cervicale qui emporta la malade. Il n'en est pas moins vrai que c'est une excellente opération. Il cite un autre cas soigné depuis 8 ans par voie nasale, même par l'électrolyse et qui allait bien ; une maladie du mari avait empêché de continuer les soins ; il l'opéra, mais eut une hémorragie abondante ; un autre malade traité par électrolyse allait bien, puis il se fit une dégénérescence polypeuse qu'Escat enleva dans d'excellentes conditions.

Il a donc vu des tumeurs de ce genre durer très longtemps, notamment il a suivi un sarcome pendant 12 ans ; enfin il cite un jeune garçon de 9 ans qu'il soigna par les voies naturelles par curetage et électrolyse ; tout allait bien, mais il y a 2 ans, il fut obligé de l'opérer.

Certains cas de sarcome ne semblent pas aussi malins qu'on veut bien le dire, mais l'inverse est vrai; c'est ainsi qu'une autre fois, il vît arriver à l'Hôtel-Dieu, de Toulouse, un homme de 30 ans, présentant une tumeur saignante, sale, dans le nez ; au bout de 24 heures, sans y toucher, il fut pris de délire et de coma et il mourut ; à l'autopsie, on trouva une tumeur de tout le lobe frontal gauche, de tout le sinus gauche, tumeur énorme qui n'avait rien donné jusque-là comme symptôme. Escat pense par conséquent que ces migraines dont se plaignent les malades, après opérations partielles, sont l'indice d'une propagation cérébrale étendue de la tumeur.

Jacques. Les sarcomes qui ne récidivent pas sont des tumeurs inflammatoires.

Castex vante à son tour l'excellence de l'opération de Moure et est heureux de constater que l'enlèvement de l'os propre n'entraîne pas de déformation de la face.

Guisez a vu trois malades atteints de sarcome ; pour l'une des trois, âgée de 28 ans, le diagnostic clinique et histologique en avait fait un sarcome; ce n'était qu'un lupus.

Tumeurs tuberculeuses des fosses nasales, par F. Chavanne (de Lyon). — A l'occasion d'un cas de tumeur tuberculeuse de la cloison, l'auteur étudie la question de la tuberculose de la pituitaire en général et arrive aux conclusions suivantes :

1° La description classique de la tuberculose de la pituitaire a vécu et l'on en peut légitimement distinguer deux grandes formes : 1° la tuberculose miliaire; 2° la tuberculose chronique, représentée ici par le type clinique spécial qui est le lupus.

2° Les tumeurs décrites sous le nom de tumeurs tuberculeuses et de tumeurs lupiques des fosses nasales correspondent à une seule et même lésion et sont une variété de lupus. Comme les autres variétés nasales de cette affection, elles sont presque toujours primitives. Comme elles encore, leur apparition peut être précédée de l'existence d'une rhinite ozénateuse prébacillaire, forme de rhinite atrophique qui est parfois le stade initial du lupus.

Escat. Si la muqueuse est érodée je ne vois pas la différence entre le lupus et la tuberculose; si la muqueuse est saine, on peut employer ce terme, mais c'est toujours une tuberculose atténuée; certains sarcomes de la cloison peuvent de même sembler être des tumeurs lupiques; pour ma part, j'en ai un certain nombre de cas.

Jacques a également vu des cas de tuberculose atténuée des fosses nasales.

Molinié a vu des cas de tumeur tuberculeuse des fosses nasales, notamment une femme, syphilitique peut-être; l'examen histologique montra qu'il s'agissait de tuberculose; cette tumeur siégeait au niveau du cornet inférieur et de l'étage moyen des fosses nasales; or, il s'aperçut qu'on avait pratiqué plusieurs fois le cathétérisme du canal lacrymal chez cette femme et qu'on avait fait fausse route; c'était donc une tuberculose accidentelle.

Chavanne dit que c'est là une distinction excessivement difficile ; l'histoire de la tuberculose de la pituitaire est à refaire complètement, comme Caboche l'a dit l'an passé.

Moure croit que c'est un retour en arrière (1883-1884 au moment où l'on décrivait le scrofulate de vérole, puis on a cherché à en faire des tuberculeux simplement. Ce n'est ni la syphilis vraie, ni la tuberculose vraie, c'est peut-être Ricord qui avait raison.

Quelques cas de cure radicale de sinusite maxillaire chronique par la voie nasale, par G. Mahu (de Paris). — L'auteur apporte cinq observations de sinusites maxillaires chroniques opérées exclusivement par la voie endo-nasale, suivant son procédé simple, décrit dans la *Presse médicale* du 12 février dernier et consistant, après résection totale ou partielle du cornet inférieur : 1° à trépaner largement la cloison sinuso-nasale à l'aide de sa *cisaille perforatrice* ; 2° à cureter la cavité avec des curettes à tiges longues et *malléables*.

Trois des malades ont guéri rapidement et complètement. Chez l'un des deux autres, il y a eu récidive, l'orifice de trépanation sinuso-nasale, trop petit, s'étant fermé ; chez l'autre, la guérison a été beaucoup plus longue à obtenir, le curetage ayant été incomplet à cause de l'étroitesse de la narine causée par une déviation de la cloison.

Mahu attire l'attention sur les deux points suivants, quel que soit le procédé employé pour la cure radicale de la sinusite maxillaire chronique :

1° Nécessité de créer une communication sinuso-nasale *assez large pour qu'elle demeure permanente* ;

2° Importance du *curetage complet* de la cavité fongueuse.

Cure de la sinusite maxillaire par voie nasale, par Louis Vacher (d'Orléans). — Depuis 1899, j'opère les sinusites maxillaires par voie nasale, soit avec le ciseau que je vous ai présenté, soit au trépan mu par l'électricité. Contrairement à ce que font beaucoup d'opérateurs, il ne faut pas enlever le cornet inférieur, mais seulement réséquer sa muqueuse. Agrandir en premier lieu l'échancrure nasale, comme dans mon procédé pour aborder le sinus sphénoïdal, s'aider d'un très large spéculum d'oreille sur le rebord osseux. On se donne beaucoup de jour. La paroi interne est attaquée avec un gros troquart, une pince coupante, un ciseau en forme de demi-cercle, ou même avec une tréphine. Il faut enlever toute la paroi *au ras du plancher* sans laisser subsister l'angle antérieur du sinus, les bords sont régularisés la pince coupante. Si on a soin d'enlever toutes les racines des dents et de cureter le plancher du sinus, il est inutile de faire un curetage complet. Par cette longue brèche inférieure, le malade peut facilement faire des irrigations dans la cavité qui se cicatrise rapidement.

L'opération se fait sans anesthésie générale, les applications de

cocaïne suffisent, ou mieux une injection portée profondément contre le nerf, à sa sortie du crâne. Le malade est opéré assis, il se prête à tout ce qu'on lui demande; les suites n'ont pas de gravité. Si on emploie de l'adrénaline, faire toujours un bon tamponnement pour éviter les hémorragies tardives. Le tamponnement est préférable à la gaze iodoformée. En résumé : agrandir l'entrée de la fosse nasale en faisant sauter l'échancrure pour se donner du jour. Respecter une grande partie du cornet inférieur et attaquer la paroi dans toute sa profondeur au ras du plancher. Curetage du plancher seulement si l'examen révèle des fongosités.

Sieur croit que le délabrement nécessaire est beaucoup plus grand que le dit Vacher et qu'il faut l'anesthésie générale. De plus, il faut toujours toucher au cornet, mais n'enlever que la paroi antérieure.

Furet croit que le traitement médical est supérieur au traitement chirurgical; car les lavages diaméatiques constituent un traitement excellent, mais seulement un peu long; il faut 15 lavages, mais on guérit les sinusites maxillaires par des lavages ; sinon on peut pratiquer le Claoué ou le Vacher.

Escat. L'opération de Claoué est une opération excellente. Vacher choisit le point le plus épais, le plus dur; j'aime mieux la technique de Claoué. Il y a 6 ans que je n'ai pas fait de Caldwell-Luc, grâce à cette opération.

Il y a 6 ans, je ne croyais même pas qu'on pouvait guérir par ce moyen une sinusite maxillaire fongueuse et cependant j'ai des cas très nets; j'ai obtenu même de publier les noms et adresses de ces malades; je tiens à dire que je ne fais pas de curetage et je crois très difficile de le faire par voie nasale.

Lermoyez. L'ampleur que prend actuellement la discussion tend à remettre en question toute la thérapeutique des suppurations du sinus maxillaire. C'est qu'en effet les idées classiques sont en train de se modifier sur ce point.

Il y a une quinzaine d'années nous ne possédions que deux procédés de traitement des suppurations maxillaires : l'un, procédé conservateur, était la perforation du sinus par voie alvéolaire, avec port plus ou moins indéfini d'un drain; l'autre, plus radical, était la vieille opération de Desault, c'est-à-dire la trépanation large du sinus par la fosse canine. Ces deux opérations avaient ceci de commun qu'elles créaient l'une et l'autre entre la bouche et le sinus maxillaire une fistule opératoire de durée presque indéterminée.

Il y a douze ans, Luc nous fit connaître son procédé nouveau de cure radicale du sinus maxillaire; et ce procédé était si ingénieux dans son principe, si heureux dans ses conséquences, qu'il fut d'enthousiasme presque immédiatement accepté par tous les rhinologistes et devint classique dès sa naissance. Il guérissait, en effet, en quelques semaines, sans laisser aucune cicatrice extérieure, une suppuration maxillaire ancienne et rebelle. On fut tout naturellement porté à exagérer ses indications et on l'étendit à presque tous les cas.

. Il y a huit ans environ, une donnée nouvelle apparut en pathologie maxillaire, la notion des empyèmes maxillaires sans sinusite : et, cette notion contribua à vulgariser la pratique des lavages du sinus maxillaire par la voie diaméatique inférieure. Ce procédé de traitement correctement et patiemment pratiqué, amenait la guérison dans environ la moitié des cas ; et l'indication de l'opération de Luc en était réduite à 50°/₀.

Plus récemment un nouveau progrès a été fait : Claoué a préconisé et réglé la technique de la trépanation endo-nasale du sinus maxillaire. Cette opération donne lieu actuellement à des controverses extrêmement vives ; il me paraît nécessaire de mettre autant que possible la question au point. Beaucoup d'obscurités l'entourent encore : et cela est dû d'une part à quelques malentendus qu'il est facile de dissiper et d'autre part à un certain degré de parti pris dont aucun de nous ne peut se défendre.

La question me paraît devoir être ainsi posée. Il faut commencer par éliminer autant que possible de notre champ d'expérience tout ce qui n'est pas sinusite maxillaire vraie et pure : c'est-à-dire éliminer les sinusites fronto-maxillaires combinées qui sont presque toujours justiciables d'emblée de l'opération de Luc ; éliminer les sinusites maxillaires nécrosantes avec ostéites qui réclament de larges interventions chirurgicales atypiques ; éliminer les empyèmes simples du sinus maxillaire qui guérissent souvent par la simple suppression de leur cause. Restent en fin de compte les sinusites maxillaires vraies, lesquelles ne sont pas toujours semblables à elles-mêmes, mais affectent des types différents et par conséquent sont justiciables de thérapeutiques différentes. Dire par conséquent qu'on doit toujours ou jamais faire l'opération de Claoué n'est pas faire preuve de sagacité clinique.

Aux partisans excessifs de l'opération de Claoué on doit reprocher qu'ils ont souvent guéri ainsi des cas que de simples lavages auraient sans doute suffi à tarir.

Aux partisans radicaux de l'opération de Luc, on peut objecter qu'ils combattent *à priori* l'opération de Claoué sans peut-être l'avoir pratiquée.

Pour juger la question impartialement, il serait nécessaire que nous apportions ici plus tard un grand nombre de sinusites maxillaires traitées de la façon suivante : 1° Commencer par faire un nombre suffisant de lavages diaméatiques dont le nombre ne doit pas être inférieur à quinze ; 2° En cas d'échec pratiquer l'opération de Claoué ; 3° Et en cas d'échec de celle-ci, pratiquer l'opération de Luc. On pourra alors en toute impartialité juger de la valeur comparative de ces deux procédés opératoires.

Jusqu'ici, l'opération de Claoué me paraît indiquée dans deux circonstances : a) Elle est indiquée lorsque la suppuration a résisté à un certain nombre de lavages diaméatiques, comme étape opératoire intermédiaire entre la dite série de lavages et l'opération de Luc ; *b*) Elle est indiquée d'emblée avant tout lavage diaméatique

chez les malades que leur éloignement ne laisse que peu de jours sous la surveillance du rhinologiste et qui ne peuvent subir la perte de temps d'au moins un mois qu'occasionne un traitement sérieux par lavages.

Il est indiscutable, en effet, que l'opération de Claoué est un traumatisme chirurgical infiniment moindre que l'opération de Luc, à peine plus important que la résection de la tête du cornet inférieur.

J'ajouterai, envisageant la question d'un peu plus haut, que ce qui crée et entretient les sinusites maxillaires, c'est la rétention, par conséquent la base de tout traitement opératoire des sinusites maxillaires doit être le drainage. Le drainage est la chose capitale ; le curetage ne me paraît être qu'un acte tout à fait accessoire. N'oublions pas, en effet, que dans les sinusites banales sans ostéite dont je parle, le sinus maxillaire ne présente pas de fongosités ni de bourgeons charnus comme le font les parois des abcès chroniques, mais simplement une muqueuse œdématiée, polypoïde et parfaitement capable de recouvrer son intégrité spontanément lorsqu'on supprime la rétention du pus qui l'irrite. Dans ces conditions, considérant le drainage comme la condition essentielle du traitement des sinusites maxillaires il n'est pas étonnant que l'opération de Claoué qui draine sans cureter, doive et puisse amener un grand nombre de guérisons.

Plus nous avançons dans la connaissance intime des suppurations maxillaires, plus grandes sont nos tendances à devenir conservateurs et à réduire au minimum les grandes interventions chirurgicales telles que l'opération de Luc.

Guisez. Ce qui effraie, c'est le chloroforme, or on a une anesthésie complète par la cocaïne pour faire l'opération de Luc. D'autre part, il est regrettable d'entendre émettre des idées si peu chirurgicales ; pourquoi ne pas toucher aux fongosités ?

Il ne faut pas nous mettre en dessous des chirurgiens ; il faut nous inspirer au contraire des notions de la chirurgie générale.

Moure. Il existe certaines formes kystiques intra-sinusales ; là il faut une opération radicale et on ne peut leur opposer des demi-mesures.

L'emploi systématique du chloroforme rendrait le Caldwell-Luc très grave ; mais si on peut utiliser la cocaïne en injection périostique et intra-osseuse, ce n'est rien ou à peu près. C'est un très grand progrès. D'autre part si on a fait une ouverture transcanine simple et que ce traitement échoue, comment guérir avec des lavages ?

Garel croit à la guérison radicale sans opération ; il y a 15 ans, il était le seul avec Cartaz à soutenir que ces interventions étaient bien graves pour peu de chose, et depuis il n'a fait que 2 Luc ; sa statistique est très belle pourtant et il existe beaucoup plus d'empyèmes que de sinusites vraies ; d'ailleurs il suffit souvent de faire enlever les chicots et les dents cariées pour voir guérir ses malades.

Lermoyez répond à Moure qu'il faut faire le diagnostic avant d'opé-

rer par la voie paradentaire et, à Guisez, qu'il ne partage pas son avis trop chirurgical.

Luc. On a mis en parallèle les trois méthodes ; mais le Claoué est incommode car la paroi se présente de biais ; il croit qu'il faut une opération très large, comme la sienne, qui est très simplifiée, depuis qu'on peut opérer avec la seule cocaïne.

Bonain tient à dire que l'effet des lavages est excellent.

Brindel pense que le curetage est nécessaire, indispensable même pour amener la guérison.

Furet croit que si on accepte la proposition de Lermoyez de faire d'abord 15 lavages, on ne fera plus jamais d'opérations.

Claoué. Tous ceux qui ont utilisé la technique qu'il a proposée ont été satisfaits, mais il tient à dire que sa méthode se sépare de l'opération de Mickulicz-Krause et de celle de Vacher, Réthi et Mahu.

Il recommande, en outre, pour bien enlever l'angle antérieur, un instrument spécial qu'il montre à ses collègues.

Vacher revient sur ses conclusions et il les confirme par son expérience personnelle.

Œsophagoscopie et électrolyse dans un cas de rétrécissement œsophagien, par Gault (de Dijon). — L'œsophagoscopie est faite chez un malade, atteint de rétrécissement œsophagien. Un tube de 9 millimètres est introduit et permet de constater deux rétrécissements qui sont facilement franchis par le tube, la cicatrice étant blanchâtre et tout à fait simple. Mais le tube ne peut franchir le troisième rétrécissement voisin du cardia et une bougie ne peut y être engagée. Dans une séance ultérieure, on essaye de passer un tube de 13 millimètres, de façon à pouvoir avec un meilleur éclairage découvrir un pertuis au niveau du troisième rétrécissement. Cette tentative échoue. On introduit alors un tampon imbibé de solution d'adrénaline au millième et aussitôt après on peut passer des bougies de calibre progressivement croissant. Dans la même séance, on pratique l'électrolyse de ce troisième rétrécissement, le seul qui s'était reproduit.

Depuis la guérison s'est maintenue.

Corps étrangers de l'œsophage ; œsophagoscopie, par E.-J. Moure (de Bordeaux). — Le nombre des corps étrangers enlevés de l'œsophage grâce à l'œsophagoscopie se multiplie de jour en jour et dans tous les pays bien des auteurs comptent à leur actif un certain nombre d'extractions de ce genre faites soit sous cocaïne, soit à l'aide de chloroforme.

Malgré les avantages incontestés de cette méthode, on rencontre cependant dans la pratique des cas où elle est inapplicable et pour ma part, j'ai eu l'occasion, deux fois déjà, d'être obligé de laisser l'œsophagoscopie pour recourir, une fois, au crochet de Kirmisson : il s'agissait d'un sou enclavé dans l'œsophage d'un jeune enfant, irrité par les tentatives antérieures.

Dans le second cas, plus récent, le corps étranger était constitué par une ancre métallique formée d'une ancre habituelle au sommet de laquelle se trouvait, perpendiculairement à l'axe de l'ancre, une tige en fer, acérée, qui avait enclavé le corps étranger d'une façon telle dans la paroi de l'œsophage que toute manœuvre par l'œsophagoscopie était tout à fait inutile et même dangereuse.

L'enfant, âgé de trois et demi, fut chloroformé à deux reprises et malgré ces deux tentatives il fut impossible de saisir le corps étranger ; j'ajouterai même que si on l'eût saisi, il eût été impossible de l'enlever tant il était accroché, encastré pour ainsi dire, dans la paroi de l'œsophage qui était en partie déchiré par le corps étranger qui avait déjà séjourné depuis trois semaines dans le conduit œsophagien. Il fallut donc, de toute nécessité, recourir à l'œsophagotomie externe qui démontra d'une façon péremptoire la difficulté qu'il y avait, bien que l'on fût sur le corps étranger même, à l'enlever.

Les suites opératoires furent des plus simples et l'enfant a guéri complètement sans avoir présenté depuis le moindre trouble de la déglutition. L'opération date déjà de plusieurs mois (8 environ).

Il n'est pas inutile dans l'état actuel de la science de rapporter des cas de ce genre, non pour démontrer l'inutilité de l'œsophagoscopie à laquelle il faut toujours réserver la préférence dans la plupart des cas, mais pour établir que l'œsophagotomie externe peut avoir aussi ses indications.

Jacques. — Il y a souvent des difficultés réelles à faire l'œsophagoscopie ; c'est cependant un moyen extrêmement louable et utilisable dans beaucoup de cas.

Séance du 10 mai (après-midi).

État actuel de la laryngostomie, par Sargnon (de Lyon). — L'auteur met la question au point, montre que la laryngostomie s'est étendue en Belgique, en Italie, en Angleterre, en Amérique, en Russie ; actuellement il a une statistique de 18 cas avec une faible mortalité et d'excellents résultats respiratoires et même vocaux ; actuellement il existe en tout 72 cas connus de laryngostomie.

Quelques inconvénients de la résection sous-muqueuse de la cloison, par Mermod (de Lausanne). — L'auteur fait remarquer que, dans les fosses nasales rétrécies, on opère difficilement et que la difficulté est plus grande, s'il y a eu une opération palliative antérieure. Il a constaté parfois, après une résection sous-muqueuse, une persistance de la perforation de la cloison, qui souvent s'agrandit par nécrose des bords muqueux et devient quelquefois très grosse. De plus, il attaque la question de l'ozène traumatique, après cette opération. Si l'ozène existe d'avance, le résultat obtenu est absolument malencontreux, quand la cloison est perforée et il en a vu des cas nombreux au Congrès de Vienne. Quelquefois aussi il a

remarqué un accolement de la cloison mobile avec la paroi nasale externe, à l'inspiration ou à l'expiration. Le malade aspire en quelque sorte sa muqueuse et il faut faire une ouverture à l'emporte-pièce dans la partie accolée. Toutefois il est étonné de l'opposition qu'ont rencontrée Sieur et Rouvillois dans leur brillante communication de l'année dernière.

Brindel a remarqué que le décollement de la muqueuse se fait difficilement dans les cas où il y a eu traumatisme antérieur ; dans les cas d'ozène unilatéral, il n'opère pas, car il est inutile de le donner de l'autre côté ; quand la muqueuse est trop lâche, il vaut mieux faire une résection muco-cartilagineuse (Moure).

Mouret n'a jamais vu le flottement de muqueuse signalé par Mermod. Si avant l'opération, on trouve la fosse nasale très large, cela ne doit pas arrêter, car, après l'opération, c'est le côté opéré qui respire le mieux à condition d'avoir réséqué la partie antérieure du vomer ; au point de vue de l'ozène, il y a toujours des croûtes après l'opération, mais ce n'est pas de l'ozène véritable.

Mermod a vu l'ozène vrai souvent ; quand une narine est ozéneuse elle respire trop, il faut la respecter, car il y a compensation et ce n'est pas la peine d'obtenir l'égalité parfaite entre les narines.

Traitement des malformations de la cloison par les procédés sous-muqueux ; résultats éloignés, par Rouvillois et Sieur (de Paris). — Les auteurs, à côté des résections typiques, admettent quelques procédés plus simples. Dans les déviations, ils ont adopté la technique de Lombard et Bourgeois, en tenant compte de ce que la déviation est séparée du plancher ; l'épaississement antérieur fait corps avec le plancher de la fosse nasale, il faut faire la disjonction de la suture voméro-maxillaire à la gouge et au maillet et il faut réséquer aussi loin que cela est nécessaire en arrière.

Ils préconisent l'application systématique des procédés sous-muqueux en tenant compte des lésions et en admettant de petits moyens à côté.

Le procédé sous-muqueux offre de grands avantages ; il ménage la muqueuse et il donne la certitude d'enlever, sous le contrôle de la vue, tout ce qu'il y a de pathologique. En effet il évite l'ozène, provoqué en partie du moins, par l'atrophie muqueuse ; il évite les synéchies ; il n'est pas aveugle, ni hémorragique.

Grâce à l'étendue des interventions, il donne des résultats parfaits ; sans doute il y a quelquefois une régénération partielle de la cloison mais c'est dans la partie cartilagineuse ; la perforation de la cloison se produit aussi quelquefois ; ils l'ont observés dans 3 cas : aussi a-t-on reproché à la méthode de substituer une opération à un simple coup d'emporte-pièce ; mais celui-ci ne peut être pratiqué au-dessus de la portion osseuse épaissie ; donc la place de la perforation elle-même justifie celle-ci.

L'avantage principal est de pouvoir opérer largement, sans sacrifice

inutile, car elle donne des résultats très complets et définitifs. C'est la méthode de choix, tandis que les procédés plus simples et plus rapides sont des procédés de nécessité.

Molinié. N'y a-t-il pas quelquefois un léger affaiblissement de la partie antérieure du nez ?

Rouvillois n'a jamais observé cela ; toutefois chez les sujets syphilitiques, il n'opère pas.

Molinié. Ce n'est pas un effondrement nasal, mais un simple affaissement du nez dans sa partie antérieure.

Mouret a constaté aussi cela comme Molinié et il croit qu'on devrait toujours conserver 1 ou 2 millimètres de la sous-cloison ou plutôt du cartilage triangulaire contre la sous-cloison. En effet la pointe du nez s'abaisse un peu dans certains cas.

Mermod n'a jamais vu cet affaissement.

Jacques a vu des accidents suppuratifs de la cavité opératoire, au moins dans un cas.

Sieur n'opère les cloisons que dans les mois d'été, car il faudrait un service d'isolement en hiver pour éviter la contagion possible.

Il n'a jamais vu l'accolement de la cloison réséquée avec la paroi nasale externe.

Lermoyez l'a constatée quelquefois : il faut faire une résection très étendue pour l'éviter.

Gault a opéré 15 cas, sans laisser la bandelette dont a parlé Mouret et, deux fois, un petit abaissement s'est produit.

Prothèse immédiate de la symphyse palato-pharyngienne, par Koenig (de Paris). — Dans un cas de symphyse palato-pharyngienne, l'auteur a fait la suture, mais pour la faire bien tenir et éviter la formation de synéchies, il a prié M. Delair de vouloir bien faire un appareil prothétique que celui-ci présente.

C'est un appareil très léger, ingénieux et très mobile, supporté aussitôt après la mise en place sans douleur, sans nausée, sans vomissements.

Moure trouve le cas très intéressant, car il est extrêmement difficile de séparer le voile de la paroi pharyngienne et il demande qu'on la tienne au courant ; il croit qu'il s'agit ici de syphilis héréditaire.

Pathogénie et traitement de l'ozène, par H. Lavrand (de Lille). — Par ozène, il faut entendre une affection nasale caractérisée par le trépied symptomatique : odeur écœurante *sui generis*, croûtes grisâtres ou verdâtres, atrophie totale (muqueuse et os).

Les sécrétions dans les ozènes nature, c'est-à-dire non soignés et de moyenne intensité sont limitées au méat et bavent *en glacier*. De là à chercher une lésion originelle dans le méat moyen, il n'y avait qu'un pas.

La recherche systématique avec le stylet nous a *toujours révélé* dans le fond du méat moyen une *ostéite ethmoïdale nécrosante* dans

tous les cas examinés depuis, soit environ 90 cas. Les sécrétions visqueuses se forment en croûtes par dessiccation. L'atrophie serait la conséquence d'une névrite trophique de voisinage.

Traitement : curetage des lésions osseuses.

Broeckaert pense que le début de l'ozène est au niveau de l'étage inférieur du nez ; et lorsqu'on intervient à ce moment, on obtient, par la paraffine, des résultats merveilleux ; pour lui, l'ethmoïdite est secondaire ; il l'a constatée et quand il la rencontre, il fait un curetage de l'ethmoïde ou bien une ethmoïdectomie ; quant à la pathogénie, il croit à une toxi-infection de nature parasyphilitique ou paratuberculose ou même paradiphtérique, comme il l'a vu dans un cas ; en résumé, il faut tenir compte des facteurs les plus divers.

Brindel. La méthode par la paraffine n'est pas une méthode exclusive et il y a des malades qui ne sont pas paraffinables, car il y a des cas où on ne peut pas injecter de la paraffine ou bien elle n'agit pas ; il faut d'abord faire des massages de la muqueuse et au bout de 5, 6, 8 mois, on voit de l'hypertrophie de la muqueuse et même la régénération des cornets.

Dans tous les cas, il n'y a pas d'ostéite ethmoïdale, et, dans d'autres cas, on observe de la sinusite ; il ne faut donc pas généraliser.

Cauzard distingue l'ozène chez l'enfant, chez l'adulte et chez le vieillard ; chez l'enfant, il n'y a pas de lésion ethmoïdale ; il rappelle le travail de Delacour sur le syndrome adénoïdien, et il pense que les ozéneux sont d'abord des adénoïdiens ; au point de vue des résultats de la paraffine, il faut bien reconstituer les queues de cornet qui manquent ; mais c'est un traitement long ; il a des malades en traitement depuis 18 mois et on ne peut pas faire un cornet en quelques séances ; il rappelle aussi l'étiologie canine qu'il n'a pu déceler que 2 fois seulement.

Luc voulait justement s'étonner que le nom de Perez, de Buenos-Ayres, qui a démontré la nature parasitaire de l'ozène n'ait pas encore été prononcé ; c'est une question qui n'est pas encore au point.

Dès les premiers travaux sur la paraffine, il a pensé que les auteurs qui voulaient guérir l'ozène en en soignant un des symptômes étaient semblables à ces gens qui voudraient faire du beau temps en faisant monter le thermomètre ; d'ailleurs il est quelquefois matériellement impossible de gonfler le cornet inférieur et il croit à l'avenir des médications bactéricides ou des sérums.

Jacques a été un adepte de la théorie sinusale de l'ozène ; mais c'est une coïncidence et non une relation de cause à effet ; la sinusite ethmoïdale chronique est une coïncidence aussi ou une complication.

Viollet. Dans l'expérience de Perez, il y a une faute de technique, car l'on peut se demander si certaines infections générales ne donneraient pas elles aussi de l'atrophie.

Brindel. Il y a eu le bacille de Lowenberg, qui, en cultures, a donné l'odeur; il paraissait spécifique ; il en est peut-être de même du bacille de Perez. Au point de vue du traitement, il ne faut pas 18 mois, mais 2, 3, 5, 6 séances au plus.

Broeckaert répète qu'on peut guérir l'ozène par injections de paraffine.

Lavrand n'a pas voulu faire l'histoire de l'ozène ; il a cherché systématiquement l'ethmoïdite et l'a trouvée toujours ; pour lui, le fond du méat moyen serait le siège de la lésion primitive et il y aurait toujours de l'ostéite; en effet, si on diminue la largeur des fosses nasales, on ne supprime qu'un symptôme et le bacille peut-être simplement concomitant. Il faut penser à la pathologie générale et croire que la question de terrain doit primer. Enfin il faut surtout obtenir la guérison sociale de l'ozène.

Polypes kystiques à répétition du nez donnant lieu à des écoulements muqueux nombreux et abondants, paraissant par leur structure avoir leur point de départ dans le sinus maxillaire, par P. Viollet (de Paris). — Il s'agit d'un jeune homme, M. P., âgé de 19 ans et demi ; il vient me trouver le 29 mai 1908 pour une obstruction nasale gauche ; je constate la présence d'un polype choanal volumineux. Le lendemain je l'extrais à l'anse, mais je constate alors qu'il est kystique et qu'une certaine quantité de liquide s'écoule. Le patient se trouve bien une quinzaine de jours, puis, il me revient et je constate un nouveau polype kystique donnant lieu à un nouvel écoulement. Et, ainsi, pendant six mois, les polypes kystiques choanaux se renouvellent à cinq reprises, donnant lieu aux mêmes symptômes d'écoulement. Ayant à passer un examen de licence en droit et prenant deux mois de vacances, je ne vois pas mon client du 22 juin au 9 octobre 1908. A ce moment, il revient me disant que depuis, tous les 15 jours, il a eu un écoulement plus ou moins abondant. Le même jour, il me montre un mouchoir pris par lui le matin complètement empesé vers 4 heures de l'après-midi, ce qui représente un écoulement de 0,10 cc. environ.

L'examen histologique de ces polypes kystiques m'a démontré qu'il s'agissait de tumeurs issues du sinus maxillaire, la muqueuse du sinus s'évaginant de sa cavité pour faire issue par l'orifice de l'antre maxillaire, puis se recouvrant de la muqueuse de la fosse nasale elle-même ; ces polypes se trouvent avoir une poche kystique interne tapissée d'un épithélium à plusieurs plans et à cils vibratils provenant de la muqueuse sinusale et contenant le liquide et un revêtement externe ayant un épithélium de même structure, provenant de la muqueuse et de la fosse nasale. Je dois dire que j'ai pu constater un pédicule, issu de l'orifice maxillaire et que la guérison a suivi sa cautérisation au galvano. Sur deux points je suis en désaccord avec Killian ; cet auteur déclare, qu'il n'existe pas de revêtement épithélial interne de la poche kystique et est d'avis que ces polypes

ne récidivent pas en règle générale. Mes constatations histologiques démontrent le contraire, et les polypes ont récidivé cinq fois chez mon malade ; celui-ci est guéri depuis six mois.

Noquet, de Lille. Ces polypes kystiques ne récidivent pas facilement ; il vient d'en voir un cas qu'il a opéré, il y a sept ou huit ans.

Escat en a vu un assez grand nombre de cas ; ils récidivent quand ils sont enlevés incomplètement ; aussi Killian recommande-t-il de les arracher ; il a vu une récidive 4 ans après ; mais ils s'insèrent dans le sinus et on ne peut pas les y poursuivre.

Sieur, dans les recherches anatomiques, a vu souvent des polypes en voie d'évolution dans la cavité du sinus maxillaire.

Luc conseille la cure radicale, l'arrachement, suivi d'un curetage et de l'exploration de l'ouverture de toutes les cavités ethmoïdales.

Ulcère streptococcique du voile, par Jacques (de Nancy). — Homme de 38 ans, gardien dans un asile d'aliénés, vigoureux, exempt de toute tare diathésique apparente, consulte pour une dysphagie douloureuse croissante datant d'un mois. L'inspection montre un ulcère central du voile empiétant sur le bord libre de la dimension de 1 franc à fond plat, légèrement mamelonné, sans fausse membrane ni dépôt nécrotique, de niveau avec les bords non décollés ni surélevés, mais nettement découpés et à contour arrondi. Auréole réactionnelle rouge vif. Tout le reste des téguments buccaux sains. On croit à de la sporotrichose et on administre l'iode intus et extra : guérison complète en quatre semaines.

L'étude bactériologique révèle la présence en culture pure d'un streptocoque encapsulé, que Klava a décrit sous le nom de *Leuconostoc hominis* et auquel cet auteur, qui l'a découvert en différents points du tube digestif, croit devoir attribuer des aptitudes pathogènes accidentelles.

Des méfaits des amygdales enchâtonnées chez l'adulte, par Trétrop (d'Anvers). — L'auteur appelle l'attention sur les symptômes d'affection sérieuse des voies respiratoires chez l'adulte allant jusqu'à simuler la tuberculose dont la cause est une inflammation chronique des amygdales avec adhérences intimes aux loges amygdaliennes. Il présente une série de cas traités sans succès par la médication interne (l'un d'eux placé dans un sanatorium sans résultat) et guéris par le traitement local exclusif.

La méthode de choix pour l'intervention est l'anse froide de Vacher après libération de l'amygdale aux ciseaux coudés du même auteur sous anesthésie locale combinée à l'administration d'éthyloforme. L'opération est radicale et faite en dehors des poussés aiguës ou subaiguës, elle ne donne lieu à aucune espèce de complications et notamment aucune hémorragie. Des cas datant d'un à trois ans sont guéris en quelques mois.

Rouvillois étudie aussi les rapports de l'insuffisance nasale avec les lésions pulmonaires et constate qu'on a, longtemps après l'opération, des résultats très appréciables, ainsi qu'il l'a publié dans le *Progrès médical* récemment.

Calculs du canal de Warthon, par Malherbe (de Paris). — L'auteur rapporte l'observation d'un malade qu'il a opéré pour une inflammation aiguë à répétition de la bourse séreuse sub-linguale, consécutive à la présence de deux calculs du canal de Warthon. Anesthésie générale, incision et excision de la muqueuse sub-linguale; ouverture du canal et extraction de deux calculs grisâtres, allongés de la grosseur d'un pépin d'orange. Suture du catgut. Guérison en quelques jours. Cette observation est de nature à éclairer la pathogénie de ce genre d'affection, sur laquelle on discute encore. Pour l'auteur, les calculs du canal de Warthon sous une influence quelconque donnent lieu à des poussés inflammatoires à répétition de la bourse séreuse sub-linguale, d'où l'apparence d'une grenouillette aiguë. Il s'agit là de véritables *coliques salivaires* analogues aux coliques hépatiques ou néphrétiques.

Les rapports anatomiques du canal expliquent et les douleurs ressenties et le gonflement de la région sub-linguale.

L'intervention doit se faire par la voie buccale, le canal de Warthon étant situé au-dessus du muscle mylo-hyoïdien.

Forme aiguë des sinusites, par Rivière (de Lyon). — Certaines formes de sinusites aiguës sont négligées parce qu'elles ne sont point vues par le rhinologiste et que leurs caractères spéciaux leur permettent d'échapper aux praticiens.

Au point de vue pronostique et thérapeutique, il importerait qu'il n'en fût point ainsi. Il relate d'abord deux cas d'accidents « foudroyants » de sinusite frontale survenus chez d'anciens porteurs de sinusites chroniques par un froid violent localement appliqué (1° par un voyage en automobile par 10°; 2° par une longue séance de patinage). La gravité des accidents de méningisme fit faire un pronostic mauvais, alors que tout se calma dès que la congestion *a frigore* eut disparu et que l'écoulement nasal put reprendre.

Les sinusites aiguës, en second lieu, sont très fréquentes au cours de la grippe, mais en outre des formes particularisées rappelées par Brindel, Rivière croit que l'infection des sinus est presque la règle au cours des ordinaires épidémies de grippe, et cela en explique les caractères variables de gravité, les céphalées, la longueur des convalescences et les rechutes, parce que l'infection reste longtemps dans les cavités sinusiennes.

Comme symptômes, Rivière insiste sur l'œdème de la luette et du voile et sur l'encombrement du rhino-pharynx par du muco-pus.

Comme pronostic, ne pas se laisser affoler par la gravité apparente des symptômes, tout en prenant garde à la possibilité d'accidents cérébraux.

Comme thérapeutique spéciale, grandes irrigations chaudes du pharynx, enveloppement ouaté de la tête et du cou; mentho-gaiaco-adrénalisation des cavités nasales.

Séance du 11 mai 1909.

Rapport sur les œdèmes du larynx, par Henri Bourgeois et Léon Egger (de Paris). — L'œdème est la distension des espaces conjonctifs par une infiltration de sérosité.

La sérosité de l'œdème ne représente pas une simple augmentation en quantité de la lymphe qui emplit normalement les espaces conjonctifs, elle en diffère chimiquement et histologiquement puisqu'elle est une production morbide. Cette réserve faite, on peut définir l'œdème : la distension des espaces conjonctifs par une exagération de production ou de rétention de la lymphe qui s'y trouve normalement contenue.

Cette lymphe provient du sérum sanguin, elle filtre à travers les parois des capillaires artériels, elle abandonne les tissus pour rentrer dans la circulation générale selon deux voies: la voie veineuse, la voie lymphatique.

Les causes susceptibles de modifier la quantité et la qualité de cette lymphe sont multiples, mais, avec Lœper, on peut les ramener à quatre.

« Forces mécaniques qui sont transmises par l'appareil circulatoire; forces nerveuses qu'apportent les nombreuses arborisations nerveuses qui pénètrent ou entourent capillaires et cellules ; forces physiques, grâce auxquelles se font les échanges osmotiques ; forces vitales, activité cellulaire qui permettent les dédoublements moléculaires et les transformations chimiques. » Nous allons considérer séparément chacun de ces facteurs.

Pouvons-nous mettre en parallèle de ces quatre groupes de forces influant sur la formation et la résorption de la lymphe quatre groupes d'œdèmes qui leur correspondraient : œdème mécanique, œdème par rétention chlorurée, œdème par irritation des endothéliums capillaires, œdème nerveux ?

Une pareille classification serait tout à fait erronée, nous verrons que presque toutes les variétés d'œdèmes observés en clinique résultent d'un mécanisme complexe : si l'œdème brightique du larynx est causé par la rétention chlorurée, il l'est aussi par le coup de froid qui trouble sa circulation locale, qui crée la virulence et le développement des microbes parasites de la gorge ; si l'œdème infectieux est dû à l'action des bactéries, il est favorisé par les troubles circulatoires, par les altérations cellulaires que créent le froid, le surmenage vocal, les infections répétées; les œdèmes consécutifs à la stase veineuse ont également une origine complexe dans laquelle les troubles trophiques et nerveux doivent jouer un rôle.

Nous serons donc obligés de classer les œdèmes du larynx non pas d'après leurs mécanismes pathogéniques, mais d'après leurs causes directes apparentes, selon le tableau suivant :

Œdèmes infectieux.

- Œdèmes infectieux primitifs
  - Forme bénigne.
  - Œdème inflammatoire aigu.
  - Force infectieuse maligne.
- Œdèmes infectieux secondaires.
  - à une inoculation locale.
  - à une maladie générale aiguë
    - par localisation de l'infection générale.
    - par infection surajoutée.
    - par infection secondaire d'une ulcération laryngée.
  - à une infection chronique du larynx par infection secondaire d'une ulcération.
    - Tuberculose.
    - Syphilis.
    - Cancer.

Œdème collatéral d'une infection périlaryngée.

Œdèmes dans les affections rénales.

A) Dans le mal de Bright.
B) Dans les néphrites aiguës.

Œdèmes toxiques.

Œdème toxique.

Œdèmes traumatiques.

Brûlures.
Contusions.
Fractures.

Œdèmes par gêne de la circulation en retour.

Asystolie.

- Compression des voies de retour.
  - Goitres.
  - Tumeurs.
  - Cancer de l'œsophage.
  - Anévrismes de l'aorte.

Œdèmes nerveux.

Anatomie pathologique générale. — L'épanchement de la sérosité œdémateuse se développe dans le tissu cellulaire sous-muqueux ; dans certains œdèmes nerveux, le tissu interstitiel du muscle thyro-aryténoïdien se laisse lui-même infiltrer; par contre, l'urticaire est un œdème intramuqueux, non sous-muqueux.

Dans l'œdème pur, l'œdème nerveux, l'œdème par gêne de la circulation en retour, œdème de l'anasarque, la sérosité épanchée est claire, pauvre en éléments cellulaires.

Dans les œdèmes inflammatoires bénins, le liquide a plutôt le caractère d'un exsudat ; la masse qui remplit les espaces lymphatiques du tissu cellulaire lâche est plutôt granuleuse et contient de nombreux lymphocytes. La muqueuse que recouvre cet œdème est tendue et pâle; cette pâleur est due à l'anémie par compression. Après la disparition d'un œdème très intense, la muqueuse qui la

recouvrait apparaît lâche et plissée. Dans les œdèmes inflammatoires aigus, la coloration est non plus pâle, mais rouge, et même rouge foncé. L'épanchement de sérosité n'est plus clair, mais louche ; les éléments cellulaires, plus nombreux encore. Sestier (1852), Logan Turner (*Edinburgh med. Journal*, 1902), mais surtout Hajek ont étudié, par la méthode des injections, les modes d'extension de l'œdème dans le larynx. Leurs études s'appliquent aux œdèmes inflammatoires en général partiels, non aux œdèmes non inflammatoires qui sont généralement étendus à tout le vestibule laryngé, ou même à tout le larynx.

Nous ne pouvons que résumer les conclusions de Hajek :

L'œdème de la face antérieure de l'épiglotte ne peut jamais franchir le bord libre de cet organe pour se continuer dans l'intérieur du larynx.

L'œdème du repli aryténo-épiglottique, très fréquent en clinique, se limite en avant au bord latéral de l'épiglotte, en arrière à la face interne du cartilage aryténoïde ; en bas, vers la bande ventriculaire, la limitation n'est que relative; cependant dans la plupart des cas de mort, l'œdème paraît avoir eu pour limite la bande ventriculaire; l'asphyxie est alors due à la saillie dans la cavité laryngée du repli aryténo-épiglottique très épaissi, aussi à la limitation des mouvements d'abduction des cordes vocales par arthrite ou périarthrite, par suite aussi du gonflement du sinus piriforme.

L'œdème du ventricule de Morgagni et de la face supérieure de la corde vocale inférieure s'arrête toujours en bas au niveau du bord libre de la corde vocale ; c'est un œdème secondaire à une ulcération locale.

L'œdème n'est jamais accentué à la partie antérieure du ventricule de Morgagni par suite de l'adhérence à ce niveau au cartilage thyroïde.

L'œdème limité aux cordes vocales inférieures est très rare, il existe cependant ; bilatéral, il détermine rapidement une dyspnée intense.

L'œdème de la face inférieure des cordes peut s'étendre à la région sous-glottique, celle-ci peut aussi se prendre pour son propre compte.

Symptomatologie générale.

Elle est très variable dans sa forme et dans son intensité suivant la forme, le degré, la marche, plus ou moins rapide qu'affecte l'infiltration séreuse de l'organe vocal.

a) Voix. — Pour que la voix soit altérée, il faut qu'il y ait une inflammation catarrhale des cordes vocales ou qu'une partie située au-dessus des cordes vocales soit suffisamment gonflée pour venir faire étouffoir sur ces organes vibrants. C'est ainsi que l'on observe de la raucité de la voix lorsqu'il y a œdème des bandes ventriculaires ou du ventricule de Morgagni ; le même phénomène s'observe quand il y a œdème des cordes vocales, localisation d'ailleurs rare.

D'après Hajek, il n'existerait pas de raucité caractéristique de l'œdème du larynx.

b) Respiration. — C'est là qu'il faut chercher le signe le plus constant, en même temps que le plus grave, de l'œdème aigu primitif du larynx, on observe tous les degrés, depuis la gêne respiratoire la plus légère, jusqu'à l'orthopnée pour aboutir aux accès paroxystiques et à la suffocation finale , témoins les cas foudroyants de Trousseau, Bard et autres auteurs. Au début, quand l'évolution ne se fait pas avec cette brusquerie effrayante, le malade est gêné seulement dans son inspiration qui devient sifflante, l'expiration restant libre ; plus tard, les deux temps de la respiration peuvent être gênés et le sifflement inspiratoire remplacé par un « ronflement guttural, souvent très bruyant » (Krishaber et Peter *in* Trousseau). Mais hâtons-nous d'ajouter que ce symptôme n'a rien de caractéristique.

La dyspnée inspiratoire serait plutôt fonction de l'œdème des replis ary-épiglottiques : tandis que lorsque ce sont les parties les plus profondes du larynx qui sont le siège de l'œdème, la dyspnée devient expiratoire aussi bien qu'inspiratoire.

Dans l'œdème pur, le malade éprouve de la gêne, une sensation de corps étranger, de boule.

Dans l'œdème inflammatoire, il y a plus fréquemment de la douleur et de bonne heure au moins de la dysphagie plus ou moins intense. Elle n'est pas caractéristique.

Phénomènes généraux. — Les phénomènes généraux sont extrêmement variables et dépendent avant tout de la maladie causale et secondairement de l'étendue de l'œdème.

La courbature, la céphalée, les malaises généraux, la fièvre légère précédée ou non de petits frissons répétés, accompagnant une douleur laryngée quelquefois cuisante compliquée d'aphonie, sont les signes d'une maladie infectieuse, mais tous ces symptômes peuvent également faire défaut. D'autres fois, sans symptômes généraux, sans avertissement d'aucune sorte, l'affection peut débuter par une brusque suffocation plongeant le malheureux malade dans une anxiété indicible. Quand il survient des accès, pendant ces accès, le pouls devient fréquent, petit, irrégulier. La surface du corps, la face en particulier, devient froide, puis se recouvre d'une sueur visqueuse, gluante, dans les violents paroxysmes des derniers moments.

La coloration de la face dépend du degré de la gêne respiratoire. De normale qu'elle est avant l'accès elle devient congestionnée, tuméfiée, les veines se gonflent, les yeux s'injectent et les lèvres deviennent plus violettes quand la sténose est très grande, ou pendant les accès d'étouffement. Sestier donne comme caractéristique une pâleur plombée et terreuse, avec les lèvres seulement violettes.

Les phénomènes généraux s'aggravent bien davantage quand il y a infiltration purulente. Le thermomètre monte rapidement à 39° et

40° ; le sujet délire, la peau est sèche, le pouls est dur et fréquent.

Symptômes objectifs. — L'inspection générale du sujet, dans les cas graves, accuse du tirage abdominal, du tirage sus et sous-claviculaire. On a même cité des cas où la trachée est affaissée.

A l'auscultation, le murmure respiratoire est notablement affaibli, tandis qu'aux sommets il y a du retentissement des bruits laryngés. Souvent on constate des râles d'œdème pulmonaire à la base de la poitrine.

L'inspection externe du larynx et du pharynx ne donne que des résultats négatifs.

L'exploration digitale a été employée ; elle a servi parfois à reconnaître un bourrelet d'œdème. Mais nous ne la mentionnons que pour être complet et, faisant comme la plupart des auteurs, pour la rejeter comme dangereuse.

La seule, la véritable exploration de l'œdème laryngé, est celle que fournit la *laryngoscopie*. A un examen rapide, avant que l'œil ait eu le temps de s'orienter, on aperçoit un gonflement transparent, tendu, opalin se rapprochant beaucoup de l'œdème des paupières et du prépuce. La coloration aqueuse de l'œdème simple passe au rouge sombre dans l'inflammatoire. Le revêtement muqueux dans les formes séreuses est habituellement très mince ; il peut être épais dans les formes inflammatoires.

A un examen plus approfondi de l'organe, on constate les modifications de formes qui sont des plus variées et toutes en rapport avec les modifications anatomiques décrites plus haut.

Si l'épiglotte est œdématiée, elle perd ses contours. Lorsque sa face linguale seule est intéressée, les fossettes glosso-épiglottiques et les replis glosso et pharyngo-épiglottiques s'effacent, l'organe prend une forme hémisphérique qui masque plus ou moins complètement l'orifice glottique. Dans l'infiltration de la face laryngée de l'épiglotte, cet opercule est penché sur le larynx, de sorte que la lésion ne peut être vue qu'en déprimant fortement la base de la langue avec une spatule, ou dans un effort de vomissement. Si l'organe est pris sur ses deux faces, dans des cas moyens, l'épiglotte semble enroulée sur ses bords; dans les cas plus intenses, on ne voit qu'une masse sphéroïde informe.

Une des localisations les plus fréquentes de l'œdème du larynx est l'œdème des replis ary-épiglottiques. Ces replis sont transformés en deux bourrelets plus ou moins gonflés qui représentent deux poches remplies de liquide ballottant et gélatineux et recouverts d'une muqueuse rosée. En avant, ces bourrelets se confondent avec les bords latéraux de l'épiglotte, si celle-ci est également envahie. En arrière, ils se perdent dans la muqueuse aryténoïdienne en forme de deux masses arrondies en contact ou plus ou moins fusionnées.

Ces masses latérales cachent les bandes ventriculaires, et quand il y a tuméfaction simultanée de l'épiglotte et des replis ary-épiglottiques, l'entrée du larynx présente la forme d'un triangle irré-

gulier dont le côté antérieur est formé par l'épiglotte, et les deux autres côtés par les replis ary-épiglottiques. Si l'œdème prend des proportions un peu considérables, cet orifice, qui est déjà très limité, devient très petit et rempli de mucosité, ne laisse passer l'air respiratoire qu'avec de grandes difficultés. On comprend aussi que les parties sous-jacentes, visibles dans les cas légers, ne peuvent être perçues si l'infiltration gagne certaines proportions.

L'œdème des bandes ventriculaires se présente sous la forme de deux cylindres saillants cachant complètement les cordes vocales qui peuvent être saines.

Lorsque l'infiltration séreuse atteint les cordes vocales, ces parties peuvent, suivant Ruault, présenter deux aspects bien différents. Elles sont pâles, blanches, et leur bord libre présente un épaississement et un aspect particuliers si l'œdème ne les a pas envahies de bas en haut ; dans le cas contraire, lorsqu'il y a aussi de l'œdème sous-glottique, leurs bords libres sont comme encadrés par deux saillies fusiformes et rougeâtres. Ces saillies se détachent plus nettement encore sur les cordes vocales lorsque l'œdème sous-glottique existe seul.

Enfin la mobilité des cordes vocales est intéressée ou ne l'est pas. Quand l'œdème est limité à l'épiglotte et aux ligaments ary-épiglottiques sans propagation marquée aux régions aryténoïdiennes, la mobilité des cordes vocales n'est pas modifiée. Si la partie postérieure du larynx, au contraire, est très tuméfiée, les mouvements des aryténoïdes deviennent difficiles et limités. L'abduction n'est pas plus facile que, chose bien grave, l'abduction n'est possible. Et ces phénomènes tiennent à plusieurs causes associées : infiltration sous-muqueuse, intra-musculaire, hydarthrose, compressions nerveuses par l'exsudat.

Relativement aux anciennes idées de Sestier, nous ne saurions mieux faire que de reproduire ces quelques lignes de Ruault :

« Pendant des efforts vocaux ou des mouvements respiratoires, on voit souvent les régions œdématiées présenter un aspect tremblotant de leur surface. Dans les cas d'œdème énorme des replis ary-épiglottiques, il peut se produire parfois à l'inspiration, un léger aplatissement des lèvres internes des bourrelets tuméfiés, causant un obstacle plus marqué au passage de l'air ; mais il importe de savoir que les replis œdématiés, ayant une large base, ne sont point, sauf exceptions rares, des masses ballottantes pouvant être aspirées par le courant d'air inspiratoire et poussées au dehors, comme des battants de porte, à chaque expiration. Cette vieille idée de Bayle et de Sestier a fait son temps, et bien que la plupart des auteurs classiques (Morell-Mackenzie, Schrötter, Gottstein, etc.), la défendent encore, je crois, avec Gouguenheim, qu'elle doit être résolument abandonnée. Sauf dans les cas extrêmes où l'épiglotte, ses replis et la région aryténoïdienne ne forment plus qu'une masse obstruant mécaniquement l'entrée du larynx, la dyspnée est due, soit à un spasme glottique (Gouguenheim), soit à un défaut de mobilité des

articulations crico-aryténoïdiennes, avec ou sans altérations musculaires ou nerveuses. Dans le cas d'œdème sous-glottique, on peut observer une dyspnée intense alors que l'œdème est très peu marqué; il s'agit là d'un accès de spasme de la glotte. »

Œdèmes infectieux. — L'infection microbienne représente la cause de beaucoup la plus fréquente des œdèmes laryngés.

L'inflammation peut disparaître et le malade guérir après la formation de l'œdème ; d'autres fois, l'exsudat séreux se transforme en exsudat purulent ; l'œdème infectieux n'est alors que le premier stade de l'infiltration purulente : œdème infectieux du larynx et laryngite phlegmoneuse sont donc deux étapes différentes de la même maladie, mais l'œdème infectieux aboutit rarement à la laryngite phlegmoneuse.

Variétés étiologiques. — Le larynx, sous l'influence d'un coup de froid ou de toute autre cause banale peut souffrir de laryngite œdémateuse, comme on voit dans le pharynx se développer des angines érythémateuses avec un œdème de la luette et des piliers plus ou moins notable. L'agent infectieux est apporté par contagion, ou bien les microbes parasites deviennent virulents. Dans les deux cas, la maladie est dite *primitive*.

Une maladie générale peut donner lieu en même temps qu'à la localisation principale à une laryngite œdémateuse. Les localisations laryngées d'une maladie générale peuvent, par infection secondaire, se compliquer d'œdème aigu. Ce sont là les œdèmes infectieux secondaires aux maladies aiguës.

L'œdème se développe quelquefois à la suite de l'infection d'une plaie accidentelle de la cavité laryngée.

Les affections ulcéreuses chroniques : cancer, tuberculose, syphilis, toujours par infection secondaire, se compliquent d'œdèmes aigus. Les inflammations suppurées péri-laryngiennes entraînent parfois la mort par œdème de la glotte, il s'agit alors d'un œdème collatéral, dû aux toxines, sinon directement aux microbes.

Œdème infectieux primitif. — La maladie frappe souvent des adultes en pleine santé, mais les causes de débilitation générale y prédisposent. L'alcoolisme, par ses altérations vasculaires générales, par l'état inflammatoire chronique au niveau du pharynx et du larynx et toutes les irrégularités de l'existence qu'il entraîne à sa suite est un facteur important de cette étiologie.

Comme nous le verrons, l'œdème laryngé brightique n'est autre qu'une laryngite œdémateuse, il faut donc ranger le mal de Bright parmi les causes prédisposantes. D'autre part, si la cause de beaucoup d'œdèmes nerveux nous échappe, il en est d'autres où la poussée d'œdème se manifeste à l'occasion d'un coup de froid, d'un mal de gorge, le désordre nerveux général qui préside à la formation des œdèmes angio-neurotiques agit aussi comme cause prédisposante.

Le froid est par excellence la cause de l'œdème aigu, il agit directement sur les vaisseaux par la vaso-dilatation paralytique qui suit

le coup de froid, sur l'organisme en diminuant la résistance et en permettant l'exaltation de virulence des bactéries parasites.

Au froid s'associe souvent le surmenage vocal, une orgie plus ou moins crapuleuse : alcool, cris, tabac, froid, conspirent alors contre la muqueuse laryngée. Semon rapporte une observation d'œdème localisé aux cordes vocales inférieures consécutif à une fatigue considérable du larynx.

Tassano, Israël, Fraenkel ont trouvé le streptocoque ; Barjon, Josserand, le pneumocoque ; Netter et Boulloche, le staphylocoque. On a aussi publié un cas d'abcès laryngé à entérocoques.

Nous diviserons l'étude clinique d'après l'intensité des phénomènes infectieux et inflammatoires ; nous distinguerons aussi les œdèmes localisés à l'épiglotte, aux cordes vocales.

Formes cliniques. — a) *Forme infectieuse bénigne.* La forme bénigne de la laryngite œdémateuse a été décrite par Garel en 1891 (*Annales des maladies de l'oreille*, juillet 1891). Cette bénignité signifie l'atténuation des phénomènes infectieux plutôt que la bénignité de la maladie elle-même, car un œdème bénin par son essence peut devenir mécaniquement dangereux par son volume.

La bénignité de cette forme atténuée est caractérisée par l'absence de phénomènes généraux et l'aspect macroscopique des lésions.

La fièvre est modérée, les premiers symptômes locaux sont la dysphagie, toujours très prononcée, et la raucité de la voix. La dyspnée apparaît ensuite, elle met trois ou quatre jours pour parvenir à son apogée; mais d'autres fois, elle se développe avec une rapidité foudroyante.

La douleur spontanée est localisée à l'isthme du gosier, à la partie médiane du cou, à la région du cartilage thyroïde; elle est augmentée par la pression latérale sur le larynx.

Dans le miroir laryngien, on découvre un œdème, non pas dur et rouge comme dans la forme aiguë, mais un œdème mou, translucide et tremblotant comme de la gelée, occupant l'épiglotte et replis aryténo-épiglottiques ou un seul aryténoïde avec le repli aryténo-épiglottique correspondant.

La disparition complète de l'œdème survient en une semaine environ.

b) *Forme aiguë.* — L'affection débute souvent par une angine, quelquefois brutalement par la laryngite. De toutes façons, la dysphagie est le premier symptôme en date; elle devient bientôt absolue, et le malade crache continuellement sa salive. La douleur est également provoquée par la pression sur la région laryngée; elle s'irradie par en bas, le long de la trachée. La toux incessante, pénible, très douloureuse, est notée parfois. La voix est longtemps intacte, puis rauque, puis tout à fait éteinte par suite de l'immobilité crico-aryténoïdienne. La respiration, pénible, reste assez longtemps libre, le malade accuse simplement une gêne, un corps étranger dans la gorge ; plus ou moins rapidement, quelquefois très rapidement, l'asphyxie, la cyanose, l'angoisse surviennent.

La maladie débute quelquefois par un frisson, toujours la fièvre est élevée : 39°-40°; malaise général prononcé, sueurs, agitation, insomnie, complètent le tableau clinique.

Le miroir laryngien montre une teinte rouge vif des lésions qui contraste avec l'œdème gris rosé, translucide de l'œdème bénin, les zones infiltrées paraissent avoir une consistance non plus tremblotante, mais dure.

c) *Evolution, pronostic.* — « Affection toujours sérieuse, sa marche est quelquefois foudroyante » (Charazac). Une asphyxie mortelle peut survenir en quelques heures, avant qu'on ait pu y porter remède. En général, l'évolution est progressive : dysphagie d'abord, dyspnée ensuite. La dyspnée est permanente, mais avec des paroxysmes dus au spasme surajouté. Le danger, cependant, a une cause puremen, mécanique, si l'œdème n'est pas tel que la respiration est impossiblet si le malade, suffisamment immobile, ne succombe pas à un spasme, si surtout la trachéotomie a été faite à temps, on observe en quelques jours une régression progressive des symptômes alarmants.

d) *Œdème localisé à l'épiglotte.* — Michel, de Cologne, sous le nom d'angine épiglottique antérieure a décrit l'œdème infectieux de la face antérieure de l'épiglotte. Celle-ci se présente au miroir comme une tumeur du volume d'une noisette, elle est gris rosé si l'œdème est bénin, rouge sombre dans la forme aiguë.

Cette angine épiglottique ne détermine ni altération de la voix, ni dyspnée ; nous savons par l'anatomie pathologique que l'œdème ne peut pas envahir la cavité laryngée. Le patient accuse de la dysphagie et une sensation de boule, de corps étranger.

e) *Œdème localisé des cordes vocales inférieures.* — Cette forme est tout à fait rare, elle résulte d'une fatigue vocale, elle est bénigne, telle nous apparaît l'observation de F. Semon.

Plus accentuée était la dyspnée dans l'observation de Massei. Mais la trachéotomie ne fut cependant pas nécessaire ; la dysphagie manque ; la voix est plus ou moins atteinte.

Œdèmes laryngés dans les maladies aiguës. — Les pustules varioliques dans le larynx peuvent se compliquer d'œdème inflammatoire du neuvième au douzième jour de la maladie. L'œdème se manifeste encore au moment de la convalescence par infection secondaire.

Boucheron (*Thèse de Paris*, 1893), Marfan et Hallé (*Rev. des malad. de l'enfance*, 1895) ont publié des cas d'œdèmes survenus autour d'ulcérations laryngées de la varicelle. Les ulcérations laryngées de la scarlatine sont exceptionnelles ; de même, les œdèmes inflammatoires ; on connaît quelques cas d'œdèmes consécutifs à la néphrite aiguë scarlatineuse.

La laryngite du début de la rougeole est quelquefois suffocante ; mais plus fréquents sont les œdèmes secondaires aux ulcérations de la période tardive.

Sestier rapporte un cas de suette miliaire compliqué d'œdème laryngé. La laryngite œdémateuse n'est pas exceptionnelle dans la grippe ; elle est au contraire très rare dans la coqueluche. Au cours

de la fièvre typhoïde, l'œdème peut compliquer les ulcérations laryngées. Moure et Sestier en ont rapporté chacun un cas dans le choléra.

Maladies chroniques. — Si on en croit beaucoup d'auteurs non laryngologistes, l'œdème est fréquent dans la syphilis tertiaire; beaucoup de gommes à évolution rapide, sans examen laryngoscopique, ont dû être prises pour des lésions œdémateuses. En réalité, celles-ci, exceptionnelles à la période secondaire, sont encore très rares à la période tertiaire ; on peut voir une gomme non ulcérée se compliquer d'œdème à la suite d'un refroidissement, d'une prise d'iodure, d'autre part les ulcérations sont susceptibles par infection secondaire de se compliquer d'œdème.

On observe très rarement l'œdème dans le cancer du larynx, il suit un refroidissement, l'ingestion d'iodure, une tentative opératoire par les voies naturelles.

C'est encore bien peu souvent que les ulcérations tuberculeuses se compliquent d'œdème par infection secondaire ou consécutivement à un refroidissement ; on doit en distinguer l'infiltration tuberculeuse d'apparence œdémateuse.

Œdème infectieux secondaire à une inoculation locale. — La muqueuse laryngée tolère souvent d'une manière admirable la présence de corps étrangers ; cependant l'histoire de ceux-ci abonde en observations d'œdème inflammatoire consécutif.

L'apparition de l'œdème est quelquefois d'une rapidité remarquable : deux heures après l'introduction accidentelle d'une aiguille dans la cavité laryngée. Urunuela a vu un œdème marqué d'une bande ventriculaire et du repli ary-épiglottique.

Œdème collatéral. — Toutes les fois que dans une région existe ou se développe une collection suppurée, on observe de l'œdème à l'entour. Cet œdème est causé par la diffusion des toxines.

Le tissu sous-muqueux du larynx n'échappe pas à cette règle, et l'œdème laryngé constitue une complication toujours redoutable des collections périlaryngées ou péripharyngées. Toutefois, nous devons avouer que, dans tout ce chapitre, le départ est impossible à établir entre l'œdème collatéral vrai, que seul nous devrions traiter et l'extension du processus suppuratif au larynx. Œdème et infiltration purulente, nous le savons, sont les deux stades d'un même processus. Les inflammations péripharyngées qui nous intéressent peuvent être d'emblée péripharyngées : abcès latéro-pharyngé, périamygdalite phlegmoneuse, phlegmon infectieux péri-pharyngé, abcès rétro-laryngé ; plus rarement, la suppuration a pris naissance dans la région sus-hyoïdienne et, s'étendant en profondeur, a gagné les régions latérales du pharynx : angine de Ludwig, adéno-phlegmons sous-maxillaires. Rappelons enfin les abcès de la loge glosso-thyro-épiglottique (Brault et Brousse).

Comme les péripharyngites, la périœsophagite phlegmoneuse peut se compliquer d'œdème glottique.

VI. Œdème dans les affections rénales. — *Œdème brightique.*

L'œdème brightique du larynx n'est pas, comme on pourrait le croire, une des localisations de l'anasarque qui apparaît dans la période de déclin des néphrites chroniques.

Qu'on relise les observations reproduites plus loin, et beaucoup d'autres semblables, toujours on verra l'œdème laryngé se manifester comme unique localisation d'une exsudation séreuse ; presque toujours les symptômes de néphrite étaient peu accusés, souvent même la maladie fut découverte à l'occasion de l'accident laryngé. Cela ne doit pas nous surprendre. Nous ne nous trouvons pas en présence d'un désordre pathologique relevant directement de l'insuffisance rénale, mais d'une laryngite, plus exactement d'une pharyngo-laryngite aiguë, bénigne au point de vue infectieux, mais devenue œdémateuse et mécaniquement dangereuse à cause de l'existence de la néphrite.

Dans la période préœdémateuse des néphrites chroniques existe un état de pléthore de la masse sanguine et lymphatique compensée par la polyurie et assurée par la soif et la polydypsie.

Vienne une fatigue du cœur, une défaillance de la pression artérielle, la polyurie diminue, l'excès de liquide interstitiel ne passe plus dans le sang ; c'est au contraire le sérum sanguin qui se déverse dans le tissu cellulaire, l'anasarque se réalise.

Au lieu d'une faillite de la circulation générale, nous pouvons très bien imaginer une faillite locale ; par suite d'une vaso-dilatation paralytique, d'une action irritante, toxique ou infectieuse sur les cellules des capillaires artériels, la pression baisse dans un domaine vasculaire, les échanges entre le sérum et les tissus sont altérés ; alors nous verrons apparaître un œdème local, c'est justement le mécanisme pathogénique de l'œdème laryngé ; un alcoolique, un crieur de journaux, prédisposés déjà, ou même un brightique quelconque et qui souvent s'ignore, sous l'effet d'un coup de froid, prend une angine compliquée de laryngite. C'en est assez pour détruire l'équilibre instable de son tissu sous-muqueux, qui est en imminence d'œdème comme l'est le tissu interstitiel de tous ses organes.

L'œdème est en général bilatéral et étendu à tout le vestibule laryngien ; le plus souvent, l'œdème de la luette, des piliers du voile du palais, l'accompagne ; d'ailleurs les symptômes pharyngés, la dysphagie, précèdent les symptômes laryngés, la dyspnée ; on doit admettre que la pharyngite précède la laryngite.

Les parties œdématiées présentent l'aspect gris, pâle, vitreux, de l'œdème vrai, nous sommes en présence d'une infection très atténuée, quelquefois cependant la réaction inflammatoire est plus accentuée et la muqueuse gonflée est rouge.

Les progrès de la dyspnée sont quelquefois assez lents, mais habituellement ils sont rapides et il faut toujours se tenir sur la garde d'une asphyxie imminente ; la trachéotomie est souvent pratiquée *in extremis*.

Œdème laryngé dans les néphrites aiguës. — Dans les néphrites aiguës, contrairement à ce qui se passe dans le mal de Bright, l'œ-

dème laryngé est une des localisations de l'anasarque généralisée, au même titre que l'hydrothorax, que l'œdème cérébral et pulmonaire.

La pathogénie des hydropisés est ici différente (Senator, Lœper), la rétention des chlorures et autres n'est plus en cause; mais probablement à côté des altérations du sang, les altérations des parois capillaires jouent le principal rôle. Le type de ces néphrites aiguës susceptibles de s'accompagner d'œdème laryngé et la néphrite scarlatineuse ; Dieulafoy mentionne en outre la néphrite syphilitique précoce.

Ces observations sont très rares.

VII. — Œdèmes toxiques. — *Pathogénie.* Les iodures ne sont pas irritants en eux-mêmes, mais par l'iode qui se trouve mis en liberté au contact de l'oxygène. En effet, dans l'organisme une petite partie de l'iodure se transforme en iode et le reste en iodure de sodium par double décomposition avec le chlorure de sodium.

L'iodure de sodium ne fait que passer : il exerce d'abord une action lymphagogue, appel du sérum sanguin vers les espaces lymphatiques et dilution de la lymphe ; consécutivement cet excès de lymphe est repris par les veines et éliminé principalement par le rein, accessoirement par les glandes des voies respiratoires supérieures, salivaires, lacrymales, sudoripares. Cette élimination est extrêmement rapide ; on a trouvé l'iode dans les sécrétions quelques minutes après l'ingestion.

Fait capital, au point de vue de l'iodisme, cette élimination est d'autant plus rapide que plus énergique est la double décomposition entre l'iodure de potassium et le chlorure de sodium; en sorte qu'une plus grande quantité d'iode peut se trouver retenue dans l'organisme avec les petites doses qu'avec de plus grandes.

L'iode, de son côté, détermine une transsudation séreuse non plus par simple osmose, mais par son action irritante sur les parois des capillaires artériels.

Cette double action lymphagogue, suivie de résorption veineuse et d'élimination rapide, représente probablement le mécanisme de l'action thérapeutique des iodures.

L'exagération du phénomène produit l'œdème.

Étiologie. — Expérimentalement, on détermine chez les animaux avec des *doses* appropriées d'iodure de potassium des accidents d'œdème pulmonaire et des phénomènes inflammatoires des voies respiratoires supérieures. Chez l'homme la question des *doses est tout à fait secondaire.* On a vu un malade ingérer quotidiennement 40 et 50 grammes d'iodure de potassium suffisamment dilué sans accident ; Barthez a observé un œdème grave après l'absorption de 10 centigrammes ; et Ricord a dû trachéotomiser un malade quelques heures après l'ingestion de 50 centigrammes.

Un traitement de longue *durée* ne prédispose pas davantage que l'absorption de fortes doses en un petit nombre de fois : au contraire, le début de l'accident a lieu le plus souvent dans le courant

des premiers jours ou des premières heures; parmi les cas relevés presque toujours les accidents graves d'œdème de la glotte se manifestèrent dans les premières quarante-huit heures, une seule fois, le sixième jour, et encore le patient avait-il présenté dès le second jour des troubles laryngés.

L'impureté de l'iodure de potassium n'offre pas l'intérêt que certains auteurs lui ont attribué : Miahle, entre autres, considérait que le potassium contenu dans l'iodure commercial était la cause de l'iodisme ; la même drogue, administrée en même temps et de la même manière à de nombreux malades, n'en a intoxiqué qu'un seul, c'est là un fait notoire, maintes fois observé.

Les *affections locales* ne peuvent être données comme causes de manifestations signalées. Une affection du pharynx ou du larynx pourrait peut-être créer une certaine prédisposition, mais il n'y a rien là de bien établi; avec cette réserve capitale *qu'un œdème léger venant frapper un larynx rétréci par une infiltration pathologique préexistante deviendra par le fait une menace d'asphyxie mortelle.*

L'influence d'un *état général* paraît nulle : jamais en particulier une affection cardiaque ou rénale n'a été incriminée.

L'*âge* et le *sexe*, autant qu'on en peut juger, n'ont aucune influence dans l'apparition de l'œdème de la glotte.

Et la conclusion pratique de tout ce long chapitre pour le laryngologiste se résumera ainsi : *L'œdème laryngé iodique est toujours à redouter quand on prescrit l'iodure ; même chez un sujet qui a déjà suivi le traitement sans inconvénients, surtout chez celui qui a présenté à d'autres reprises du catarrhe ou de l'œdème laryngés après ingestion du médicament.*

L'œdème iodique occupe tantôt la totalité du larynx, épiglotte, replis aryténo-épiglottiques, cordes vocales supérieures et inférieures; tantôt il se limite soit à une moitié du larynx, soit à l'épiglotte et aux replis aryténo-épiglottiques. La lésion, d'après ce qu'en disent les auteurs, qui ne sont pas précis sur ce point, est purement œdémateuse.

La douleur manque rarement, la dysphagie est provoquée non seulement par les lésions du vestibule laryngien, mais aussi par la pharyngite, l'œdème de la luette qui accompagnent généralement la laryngite.

La phonation, la respiration sont douloureuses, et habituellement le malade accuse en même temps que l'anxiété respiratoire une douleur vive localisée à la région thyroïdienne.

A un degré plus marqué, l'anxiété respiratoire augmente ; le patient souffre d'une dyspnée croissante caractérisée par des inspirations très pénibles, longues et bruyantes, suivies d'expirations courtes et silencieuses, la cyanose de la face et des lèvres, le tirage sus et sous-sternal.

Cette dyspnée présente parfois des paroxysmes causés probablement par du spasme surajouté à l'œdème, et des rémissions dangereuses parce qu'elles éloignent l'idée de la trachéotomie nécessaire.

La mort rapide dans une crise est en effet la terminaison des cas graves, si l'on n'a pas ouvert à temps la trachée.

Dans les cas bénins ou moyens, la guérison survient graduellement deux, trois ou quatre jours après la cessation du médicament.

Autres œdèmes toxiques. — L'ingestion de moules, de ptomaïnes peut déterminer l'œdème du larynx, il s'agit alors d'une forme spéciale, l'urticaire, que nous étudions avec les œdèmes nerveux. Angioneurotique par son mécanisme, l'urticaire est bien un œdème toxique par sa pathogénie.

Œdèmes nerveux. — Le système nerveux, par son action vasomotrice, et probablement aussi par une influence trophique, par une action directe sur les cellules endothéliales des capillaires, intervient dans la genèse de nombreux œdèmes. A propos de l'œdème inflammatoire aigu *a frigore*, nous avons vu le rôle de la paralysie vaso-motrice qui suit la vaso-constriction initiale ; dans les œdèmes par compression, l'influence du système nerveux intervient.

D'autres œdèmes sont désignés sous le nom d'œdèmes nerveux, œdèmes angioneurotiques. Ce sont ceux dans lesquels le système nerveux semble agir seul. Le *primum movens* de ces désordres est inconnu ou hypothétique. S'agit-il d'une sorte de névrose, d'une influence toxique, d'une auto-intoxication ? Nous étudierons deux groupes d'œdèmes angioneurotiques : l'un, bien individualisé cliniquement aujourd'hui, n'est autre que la maladie de Quincke localisée au larynx ; l'autre, c'est l'urticaire laryngée.

Maladie de Quincke. — Cette affection singulière se présente souvent comme *héréditaire* et *familiale*. L'un de nous, étant interne de M. Lermoyez, a trachéotomisé un malade qui comptait dans ses ascendants et collatéraux un nombre remarquable « d'œdémateux récidivants » ; Osler, pour une famille, a pu faire remonter l'hérédité jusqu'à la cinquième génération, Ricochon a pu suivre chez sept membres d une famille le développement de l'œdème à travers trois générations, etc., etc.

L'état névropathique, l'arthritisme sont souvent relevés dans le dossier pathologique de ces familles.

Les deux sexes sont également touchés ; l'époque des règles paraît prédisposée aux attaques ; la grossesse les suspendrait, d'après Schlesinger.

La maladie se déclare habituellement entre la vingtième et la quarantième année.

Le moindre traumatisme, la moindre fatigue locale, peut provoquer au point traumatisé ou fatigué l'apparition d'un œdème.

L'excitation d'un tronc nerveux produit l'œdème dans le territoire innervé, susceptible de se généraliser; ensuite l'observation de Lewin affecte la clarté d'une expérience : un otorrhéique subit dans la caisse une cautérisation à l'acide chromique ; la corde du tympan fut atteinte, car à la suite apparut un œdème énorme de la moitié correspondante de la langue, puis de toute la langue, du larynx, du front, des mains, de la région malléolaire.

Le froid, sous la forme de courant d'air froid, d'application d'eau froide, provoque l'apparition de la crise ; dans un cas, ce fut la radiation solaire.

Nous avons noté tout à l'heure l'influence d'une fatigue locale : le surmenage général, les dépressions nerveuses, les grandes émotions, les contrariétés, sont relatées dans un grand nombre d'observations.

Anatomie pathologique. — L'œdème ici n'est pas localisé comme dans les œdèmes inflammatoires ; en quelque sorte, c'est un œdème à grande extension ; il est total, sus-glottique et glottique. Il est également très étendu en profondeur, Griffith a montré par les coupes transversales que l'hydropisie avait envahi non seulement la muqueuse, mais encore les couches les plus profondes et en particulier les muscles abducteurs dont la fonction de dilatateur de la glotte pendant l'aspiration ne pouvait plus être remplie. La substance des cordes vocales était œdématiée, et le liquide de cet œdème était simplement séreux et ne contenait pas de sang (Garel et Bonnamour).

Symptômes. — La crise survient sans prodromes, ou quelques phénomènes avant-coureurs l'annoncent : embarras gastrique, léger état fébrile, nervosisme, somnolence.

L'œdème met quelques heures à apparaître, mais en quelques minutes on a pu voir la moitié du visage se tuméfier fortement, il dure quelques heures, deux ou trois jours, puis disparaît comme il était venu ; pendant qu'il cède en un point, il se développe ailleurs. Les plaques d'œdème ont les dimensions les plus variables, deux à dix centimètres de diamètre, dit Quincke, mais toute la face, tout un membre, peuvent être envahis. Les limites sont nettes avec une sorte de bourrelet ; ou bien la transition avec les parties saines est insensible. La consistance est élastique, plus ferme que celle des œdèmes cardiaque et brightique ; la peau est plus blanche qu'à l'état normal ou au contraire un peu rosée.

Quelques symptômes généraux accompagnent la crise, une fièvre modérée qui ne dépasse pas 38°, du malaise, de la courbature, des vomissements séreux et une débâcle diarrhéique.

Symptômes laryngés. — Collins a relevé l'œdème laryngé dans 21 % des cas d'œdème angioneurotique ; souvent il n'apparaît qu'une fois dans le cours de la maladie, mais le malade de Le Calvé avait été trachéotomisé une fois ; le nôtre trois fois avant que nous l'opérions nous-mêmes. L'accès de suffocation survient toujours très rapidement, tantôt le malade se réveille étouffant déjà, tantôt il commence à sentir de la gêne dans la gorge, puis c'est la dyspnée avec tirage, puis quelquefois, en quelques instants, sans qu'on ait eu le temps de rien faire, l'asphyxie mortelle.

L'évolution est rapide, et dans les cas favorables, après quelques heures de dyspnée maxima, les symptômes s'atténuent peu à peu.

Pendant toute la crise, si l'on n'est pas intervenu, on ne doit pas perdre un instant le malade de vue pour parer à la première urgence.

Au moment de l'accès, l'aphonie est complète, mais dès que l'asphyxie cesse, la voix revient presque normale, elle est toujours très peu altérée, simplement un peu voilée. Ce caractère est important, car il indique bien qu'ici, contrairement aux autres œdèmes laryngés, il n'y a pas de lésion organique de l'appareil vocal (Garel).

Strübing, qui a pu pratiquer l'examen laryngoscopique au début de l'accès, a constaté la rougeur et le gonflement progressif de la muqueuse ; à la rougeur succède l'aspect gris rosé, translucide, de l'œdème séreux. Nous avons dit que cet œdème est total : épiglotte et replis aryténo-épiglottiques masquent complètement la cavité laryngée.

Urticaire laryngée. — L'urticaire laryngée rentre bien dans le cadre de notre étude puisque, dit Renaut : « La papule de l'urticaire est le type de l'œdème circonscrit et aigu de la peau. La saillie blanche répond à la portion du derme infiltré, son auréole rose à la congestion vasculaire qui l'environne et qui l'agrandit : l'apparition de la rougeur précède toujours celle de la papule; la teinte blanche de celle-ci est bien due à l'injection interstitielle du derme par la sérosité, car si l'on pique la peau avec une seringue de Pravaz et qu'on y pousse une injection d'eau, on reproduit la tuméfaction pâle et prurigineuse de l'urticaire. » On n'a jamais, que nous sachions, pratiqué l'examen histologique d'une muqueuse envahie par l'urticaire : par analogie avec les altérations cutanées, nous avons le droit de dire qu'elle est caractérisée par de la vaso-dilatation et une exsudation de sérosité qui distend le chorion.

En général les troubles respiratoires suivent l'éruption cutanée, ils la précèdent quelquefois. L'apparition de la dyspnée est très rapide, en quelques instants ou en quelques heures, le patient se cyanose, la face et les lèvres sont violacées, bouffies en outre par l'éruption cutanée.

L'accès est cependant plus effrayant que grave, la guérison est la règle.

Des accès de toux violente sont observés parfois, ainsi que la fièvre. La voix est rauque ou voilée.

L'examen laryngoscopique n'a jamais été pratiqué ; on doit supposer l'état de la muqueuse laryngée d'après celui de la muqueuse buccale et pharyngée où l'on voit des plaques érythémateuses surélevées.

IX. Œdèmes mécaniques. — *Asystolie.* L'œdème laryngé d'origine cardiaque est certainement très rare cliniquement ; nous n'en avons trouvé d'observations que dans le livre de Sestier. Elles sont loin d'être probantes.

Œdème par compression veineuse et lymphatique. — On rencontre, assez rarement d'ailleurs, l'œdème laryngé dans un certain nombre de tumeurs de la base du cou et du médiastin.

Il est naturel de penser que cette exsudation séreuse est due à la compression des troncs veineux et probablement des troncs lymphatiques afférents. La simple gêne mécanique ne peut cependant suffire, car la compression n'est pas telle qu'aucune voie collatérale

de retour ne demeure possible pour le retour de la lymphe et du sang veineux ; pour la production expérimentale de l'œdème, la ligature de tous les troncs veineux et lymphatiques est nécessaire.

Ranvier et d'autres ont montré que les sections nerveuses favorisaient singulièrement la production de l'œdème après les ligatures veineuses. Nous sommes portés à croire que les tumeurs cervicales ou médiastines, quand elles s'accompagnent d'œdèmes, agissent non seulement par compression vasculaire, mais par compression nerveuse. Ce n'est pas tout, on doit admettre qu'une stase veineuse de longue durée produit au niveau de la muqueuse, à la longue, des troubles trophiques susceptibles de modifier la vie cellulaire, la nature des échanges.

Cet œdème par compression ne prend jamais de grandes proportions, il ne menace pas la vie ; il affecte une allure chronique en général.

L'intérêt de sa constatation réside dans l'obligation d'en rechercher la cause, recherche qui peut conduire à la découverte d'un cancer de l'œsophage, d'une ectasie aortique.

Dans l'énumération des tumeurs susceptibles de déterminer l'œdème laryngé, nous trouvons les goitres, les tumeurs malignes du corps thyroïde, les cancers de l'œsophage, les adénopathies et les tumeurs de la région cervicale inférieure, les tumeurs du médiastin, l'anévrisme de l'aorte, les abcès par congestion.

Diagnostic. — Sous le nom d'œdèmes laryngés nous avons décrit des états du larynx constitués par une exsudation séreuse sous-muqueuse (intra-muqueuse dans l'urticaire).

Tantôt la sérosité est élaire, les phénomènes inflammatoires et la vaso-dilatation sont nuls ou réduits au minimum, c'est l'œdème véritable, la muqueuse apparaît grise, ou gris rosé, translucide et tremblotante comme de la gelée.

Tantôt la sérosité, riche en éléments figurés, est déjà un peu trouble, les phénomènes inflammatoires existent ; c'est l'œdème inflammatoire, un stade de plus, ce serait la laryngite phlegmoneuse ; dans ces œdèmes inflammatoires, la muqueuse tuméfiée est rouge plus ou moins foncé et la tuméfaction paraît de consistance dure.

L'œdème vrai ne peut guère être confondu qu'avec le myxome ou l'infiltration œdémateuse tuberculeuse.

Le myxome du larynx s'observe aux cordes vocales, ce n'est pas plus du myxome que le polype muqueux des fosses nasales, c'est une dégénérescence plus ou moins polypoïde de la muqueuse avec infiltration œdémateuse, c'est presque de l'œdème chronique localisé. Le diagnostic se fera rapidement par l'aspect de tumeur surajoutée à la corde, et surtout par la marche chronique.

L'infiltration œdémateuse tuberculeuse, telle que l'un de nous (Bourgeois) en a publié une observation typique dans le *Bulletin de la Société française* (1906, p. 484), n'a pas franchement la teinte de l'œdème vrai, la muqueuse n'est pas grise, translucide, mais rosée et comme un peu jaunâtre par transparence. L'évolution est chro-

nique. D'autres localisations tuberculeuses, l'examen histologique, confirment le diagnostic; quoique au microscope, on puisse trouver extrêmement peu de choses comme signature de la tuberculose.

Les œdèmes rouges, inflammatoires, pourraient être difficilement confondus avec certaines infiltrations très rouges de la bacillose, qui s'accompagnent d'ulcérations, de sécrétions, qui ne se voient que chez des phtisiques.

Avec une infiltration gommeuse, avant l'ulcération, le diagnostic pourrait être plus difficile, mais le début de l'œdème remonte à quelques heures; celui de la lésion syphilitique est plus ancien. Le mercure, et non l'iodure, sera donné en cas de doute.

L'érysipèle vrai du larynx n'est autre qu'un œdème inflammatoire de nature spéciale, individualisé cliniquement par la mobilité de la plaque érysipélateuse, sa propagation au pharynx ou inversement, par l'antériorité de localisations cutanées.

Tracer le diagnostic différentiel des diverses variétés d'œdèmes revient à résumer notre description de ces diverses variétés.

Pour les œdèmes accompagnant les maladies aiguës, le problème ne se pose pas, il faut cependant, avec le miroir, se rendre compte si l'œdème est un œdème inflammatoire simple ou s'il complique une localisation laryngée de la maladie.

En présence d'un œdème inflammatoire, en apparence primitif, on a l'obligation formelle de s'assurer, par l'examen du plancher buccal, du pharynx, du cou, que cet œdème n'est pas collatéral d'une collection périlaryngée, car le pronostic et le traitement sont tout autres.

Un œdème à forme d'infection atténuée, surtout s'il est à marche rapide, impose la recherche de l'albumine et des symptômes du mal de Bright; de même tout œdème *a frigore*, tout œdème dit angioneurotique, maladie de Quincke mise à part. Celui-ci, il suffit de le connaître pour poser le diagnostic. L'urticaire laryngée se reconnaît à la coexistence de l'urticaire cutanée.

On pensera toujours à s'informer si le malade a pris une potion iodurée.

Les commémoratifs mettront sur la piste d'un corps étranger.

Certains œdèmes localisés dans le larynx, certains œdèmes par compression, dont la cause n'est pas de suite évidente, doivent tenir l'esprit en éveil, demandent des examens répétés et complets du malade.

Traitement. — Le traitement comporte une série de moyens palliatifs destinés à prévenir l'accroissement de l'œdème, à permettre au malade de passer le cap dangereux, et des moyens radicaux, tubage, trachéotomie, ablation d'un fragment œdématié, qui permettent l'accès libre de l'air dans la trachée.

Moyens palliatifs. — Le repos doit être absolu; le malade condamné au lit n'en bougera sous aucun prétexte, il gardera le silence ou ne se servira que de la voix chuchotée. Une potion bromurée-opiacée supprimera la toux et préviendra les phénomènes spasmodiques.

L'alimentation est très modérée et réduite à l'ingestion de liquides; Hajek recommande beaucoup l'ingestion continuelle de petits fragments de glace dans les œdèmes inflammatoires aigus. Extérieurement, l'application de sangsues a souvent rendu de grands services, les pansements humides chauds ne peuvent que donner du soulagement; la circulation d'eau glacée avec l'appareil de Leiter a été employée par Semon. Par contre, nous proscrivons absolument la révulsion prélaryngée, qui ne peut que favoriser l'infection de la plaie si la trachéotomie est nécessaire.

Garel a conseillé dans les œdèmes inflammatoires bénins l'application *in situ* de teinture d'iode ; nous n'oserions l'imiter malgré ses succès, puisque l'iode peut créer l'œdème de toutes pièces.

Les scarifications sont rejetées par la majorité des auteurs : efficacité très douteuse, danger d'infections. Nous arrivons au meilleur traitement palliatif actuellement connu : les pulvérisations d'adrénaline.

Périnet, élève de Lubet-Barbon et de Le Marc'Hadour, vient de leur consacrer sa thèse (Paris, 1908).

Moure les préconise dans son traité ; c'est le traitement que nous avons vu appliquer depuis plusieurs années dans le service de notre maître Lermoyez.

Moure conseille la pulvérisation ou l'instillation, sous le contrôle du miroir, de quelques gouttes d'une solution de cocaïne à 1/10 additionnée de solution d'adrénaline à 1/5000 ou 1/10000.

Périnet emploie une solution à parties égales d'adrénaline à 1/1000, de cocaïne à 1/100 ; cette formule nous paraît inutilement riche en adrénaline, d'autant plus que le malade est lui-même chargé de se faire en cas de besoin une pulvérisation.

Ces pulvérisations peuvent être renouvelées plusieurs fois par vingt-quatre heures. Elles évitent souvent la trachéotomie.

Personnellement, nous employons aussi cette thérapeutique dans les syphilis tertiaires quand le tirage est prononcé et le traitement mercuriel tout à fait à ses débuts.

Traitement chirurgical. — Moure, dans la thèse de Périnet et dans son traité, se dit partisan de l'ablation à la pince coupante d'un fragment de la muqueuse œdématiée. Il a obtenu ainsi des soulagements immédiats et définitifs. Les indications de cette méthode nous paraissent réservées aux cas d'œdèmes bien localisés, quand d'autre part on ne sera pas astreint à une mutilation ultérieurement regrettable.

Tubage et trachéotomie. — Quelle que soit la nature de l'œdème, mais surtout quand il s'agit d'accidents brightiques ou angioneurotiques, nous avons insisté à maintes reprises sur la rapidité souvent effrayante avec laquelle l'asphyxie apparaît. Il faut donc être toujours prêt à intervenir, et intervenir plus tôt que plus tard.

On trouvera dans la thèse de Sargnon les arguments en faveur du tubage ou de la trachéotomie.

D'une part, il est séduisant pour une dyspnée passagère de se

contenter d'une manœuvre comme le tubage qui ne laisse pas de traces après elle. Mais le tubage demande une surveillance compétente ; l'œdème diminuant, le calibre du tube devient trop faible.

Surtout, le tubage chez l'adulte est une manœuvre que n'ont jamais effectuée la plupart des laryngologistes ; ce n'est pas sur un malade asphyxiant qu'il faut tenter son premier essai.

Pour cette dernière raison, la trachéotomie restera probablement quelque temps encore la méthode de choix. On fera l'inter-crico-thyroïdienne, rapide, non sanglante, suffisante pour les cas aigus. Nous la condamnons pour le cancer, la tuberculose, le laryngo-typhus, en un mot pour toutes les laryngites chroniques ou aiguës, ulcéreuses, compliquées d'œdème, pour lesquelles nous préférons la trachéotomie vraie portant sur les anneaux de la trachée. L'anesthésie générale est formellement interdite.

Traitement selon la cause. — Les œdèmes infectieux primitifs sont particulièrement justiciables des traitements palliatifs d'attente : repos, glace, sangsues, adrénaline-cocaïne.

En présence d'une laryngite secondaire ulcéreuse (variole, typhus, etc.), les pulvérisations antiseptiques, faiblement phéniquées, seront prescrites pour éviter la production ou l'accroissement d'un œdème inflammatoire. Pour l'œdème brightique et cardiaque : du lait en petite quantité, des diurétiques, pas de sel dans l'alimentation.

Les œdèmes angioneurotiques et l'urticaire demandent qu'on fasse une rapide et énergique dérivation et désinfection intestinale.

Les œdèmes collatéraux exigent l'incision rapide, l'évacuation aussi complète que possible du foyer juxta-laryngé.

Garel voudrait dire un mot au sujet du rapport ; les auteurs disent qu'il emploie la teinture d'iode dans les œdèmes du larynx et en effet l'iode réussit parfaitement dans certains œdèmes fugaces, mais avec l'adrénaline l'œdème disparaît beaucoup mieux encore.

Trétrop commente l'observation où il est dit qu'un malade a succombé à un traitement iodé ; il a vu pour sa part un malade en sa clinique qui a fait un œdème suraigu du larynx à la suite de l'absorption d'iodure ; il n'a pas d'expérience de la solution alcoolique d'iode, mais l'iode dans la glycérine à 1 ou 2 % ne lui donne jamais de mécomptes ; est-ce la glycérine qui est cause de cette innocuité ; en tout cas, l'alcool est très irritant.

Bonain s'étonne que, dans le traitement, on parle très succinctement de l'intubation qu'il a utilisée dans de nombreux cas ; l'intubation est peu familière aux laryngologistes ; elle devrait le devenir davantage.

Moure. Je crois qu'aux œdèmes bien décrits par les auteurs, on pourrait ajouter une série d'autres, notamment l'œdème qui accompagne la laryngite ulcéro-membraneuse superposable à l'angine de Vincent ; il a vu récemment un jeune homme de 20 ans, qui eut une angine de Vincent puis une laryngite ulcéreuse avec un œdème tel qu'il fallut pratiquer la trachéotomie ; d'ailleurs il n'est

pas encore décanulé ; il faut citer aussi l'œdème de la lèpre laryngée limité quelquefois à l'épiglotte ou à l'épiglotte et aux aryténoïdes ; j'en ai vu quelques cas et il faut le reconnaître, car la lèpre n'est pas rare.

A la suite de l'abcès péri-amygdalien inférieur, au-dessous du sinus piriforme, on trouve aussi un œdème laryngé très considérable, mais qui ne nécessite pas en général une intervention ; il y a aussi les œdèmes par présence de corps étrangers ; j'ai vu un confrère qui avait avalé un os de caille et qui fit un œdème énorme ; on peut parler aussi de l'œdème après cocaïnisation de la muqueuse laryngée ; j'en ai rapporté des cas autrefois et je connais un cas même de Paris où la malade a succombé ; peut-être enfin il se produit de l'œdème, à la suite de l'adrénaline. Le traitement chirurgical s'impose souvent ; il faut donner un coup de pince dans cette coque semblable à celle d'un œuf, visible presque à la base de la langue ; on le peut sans grand inconvénient ; du reste, dans la luette œdémateuse, on fait une ou plusieurs scarifications, sans inconvénient. Si on intervient ainsi dans les œdèmes suraigus, on ne risque rien.

Castex cite, comme complément du rapport, son travail de 1898, sur l'anatomie et la pathologie de la région sous-glottique, qui lui avait montré, grâce à des dissections, que la région sous-glottique est très infiltrable à tous les âges.

Dans les épaississements chroniques, laryngite chronique hypertrophique, de la fièvre typhoïde, de la lèpre, de l'érysipèle, de la scarlatine, du sclérome, etc.; il se fait là des poussées œdémateuses.

Sargnon. A propos du traitement des œdèmes très aigus, très graves, il ne faut pas toujours un traitement chirurgical; l'injection de morphine qui calme le spasme est excellente, même dans l'œdème des tout petits et dans l'œdème albuminurique; il en cite 3 cas calmés par injections de morphine, notamment un enfant de 12 mois, qui faisait une laryngite sous-glottique très intense et où l'injection de 1/3 de centigramme de morphine amena la sédation des symptômes, et aussi une femme de 60 ans atteinte d'albuminurie et d'asthme dont l'œdème laryngé fut ainsi guéri.

Moure répond à Castex, qu'à Bordeaux, le professeur Mace a constaté, il y a déjà longtemps, que la région sous-glottique du larynx est très dilatable et que les œdèmes y sont d'autant plus graves.

Mermod constate la rareté de l'œdème laryngé dans la tuberculose; il croit qu'il y a toujours infiltration et jamais œdème ; il a toujours trouvé du tissu tuberculeux chez les tuberculeux morts par asphyxie ; il y a plutôt un spasme du larynx qui impose la trachéotomie de bonne heure.

L'œdème laryngé aigu par cocaïne est rare ; une substance dont il faut se méfier est le liquide de Bonain qui occasionne non l'œdème, mais l'augmentation très rapide des tissus, qu'il faut éviter à tout prix.

Escat. L'œdème du larynx, chez les brightiques, est toujours préparé par une lésion laryngée; certains œdèmes de la syphilis secon-

daire relèvent d'une néphrite ; il a vu un œdème par compression, latéralisé à une partie du larynx, dans une tumeur du médiastin, 20 ans avant opérée par Trélat et actuellement récidivée.

Pour le traitement, il est tout à fait opposé à la révulsion pour le gros œdème glottique, mais pas pour l'œdème localisé, qui bénéficie des pointes de feu, du vésicatoire et des ventouses. Pour l'iodure, il le donne volontiers dans certains cas de sténose, en les surveillant ; si l'asphyxie menace, il faut recourir à la trachéotomie.

Lafite-Dupont a vu un cas d'œdème laryngé, dans la syphilis secondaire, avec une affection rénale qui imposa un dosage minutieux du mercure.

Percepied a pu donner 5 grammes d'iodure, avec un résultat rapide, dans un cas d'œdème syphilitique ; il aimerait mieux aujourd'hui donner du mercure, malgré le succès de cette médication.

Bourgeois. L'iode et l'iodure de potassium peuvent donner un œdème du larynx ; notre malade a été trachéotomisé, il y avait un œdème laryngé très net ; sans quoi l'iodure de potassium est beaucoup plus efficace que le mercure ; j'ai vu à Saint-Antoine un malade syphilitique, ayant un début de stomatite, causée par un traitement de pilules de proto-iodure ; je lui fis une seule injection de sel soluble et je le mis au repos ; cela ne fit rien ; je lui donnai alors de l'iodure et en quelques jours l'œdème disparut ; donc on doit donner de l'iodure, mais surveiller le malade.

Pour la question de tubage, je suis de l'avis de M. Bonain.

J'ai vu une seule fois une laryngite ulcéro-membraneuse, superposable à l'angine de Vincent, mais sans œdème.

L'œdème par application de cocaïne est probablement dû à une vaso-dilatation paralytique secondaire.

C'est en effet plutôt une infiltration, dans la tuberculose et dans la syphilis.

Enfin nous avons cité le bromure et l'opium, nous aurions pu citer la morphine, mais c'est là le traitement du spasme et non le traitement de l'œdème.

Egger est d'accord avec Garel, en ce qui concerne les bons résultats de l'adrénaline et avec Escat, en ce qui touche la syphilis secondaire ; mais il a vu d'assez nombreux cas de lèpre et il n'a jamais constaté de l'œdème du larynx.

Faits de trachéo-bronchoscopie, par Guisez (de Paris). — L'auteur rapporte d'abord les observations de corps étrangers œsophagiens qu'il a extraits dans ce dernier mois.

Deux cas étaient compliqués d'abcès gangreneux de la paroi œsophagienne (os, arête).

La guérison est néanmoins survenue après l'ablation du corps étranger et l'évacuation de la poche abcédée. Dans un autre il s'agissait d'un dentier et d'un volumineux jeton de 3 cm. 1/2 de diamètre que l'auteur a enlevé de la partie moyenne de l'œsophage.

La laryngoscopie directe présente certaines indications précises pour la cure des polypes du larynx. Lorsque ceux-ci sont sous-glottiques siégeant dans la région tout à fait antérieure du larynx, il est bien difficile de les atteindre sans léser les cordes vocales, si on les opère par laryngoscopie indirecte.

Au contraire dans la laryngoscopie directe la spatule sert d'écarteur, protège les cordes vocales et permet d'arriver directement sur la tumeur.

Guisez a pu ainsi extraire plusieurs polypes laryngés qui avaient échappé au miroir et un sous-glottique pour lequel la thyrotomie avait été proposée.

Chez les enfants où l'examen au miroir est impossible, l'examen à la spatule est seul de mise pour inspecter et opérer le larynx.

Rétrécissements cicatriciels à forme et à type anormal, par Guisez (de Paris). — Deux d'entre deux avaient comme cause la déglutition d'un corps étranger six et dix ans auparavant. Celui-ci avait déterminé une plaie septique et consécutivement un rétrécissement cicatriciel. Deux autres concernaient, par l'âge du sujet qui en était porteur, des cas tout à fait anormaux ; dans l'un d'eux, il s'agissait d'un enfant de 20 mois, le plus jeune que nous ayons jamais œsophagoscopé et dans un autre d'une malade âgée de 60 ans. Ces deux malades avaient avalé de la potasse caustique en solution. L'étiologie dans ce dernier cas remontait à la première enfance, et bien que la malade ait eu de légers troubles de déglutition, les phénomènes de sténose ne se sont manifesté que dans la vieillesse, c'est-à-dire 50 ans après l'accident. Quatre autres étaient consécutifs à des ulcères simples de l'œsophage, dont trois avaient le masque du cancer de l'œsophage. Tous ont pu être dilatés et ramenés à un calibre normal sous l'œsophagoscopie.

Moure a vu un cas de dilatation de l'œsophage, suivi d'une médiastinite et il a entendu parler d'un autre cas très grave.

Guisez en a-t-il vu?

Jacques demande à Guisez le mode d'action de la spatule laryngée.

Claoué a eu à retirer trois corps étrangers : deux des bronches et un de l'œsophage; il faut des tubes très gros et même chez les enfants; les corps étrangers des bronches étaient un sifflet vissé là depuis une dizaine de jours ; Killian a vu des cas semblables où il fallait quatre tentatives sous chloroforme; aussi Claoué fit-il d'emblée une bronchoscopie inférieure ; l'autre cas était une graine de pin, où la radioscopie montra une tache au niveau de la cinquième côte, du côté droit ; l'enfant eut deux accès de suffocation ; Claoué fit une bronchoscopie inférieure ; l'enfant eut un accès de toux et le corps étranger se présenta à l'orifice trachéal; pour les corps étrangers des bronches lisses et mobiles, la bronchoscopie inférieure a une grande valeur.

De Gorsse cite le cas de Fletcher Ingals qui, après une bronchoscopie pour corps étranger des bronches, vit son malade mourir d'un œdème aigu de la glotte.

Mouret recommande, dans les prises sur les tumeurs œsophagiennes, de prélever de gros morceaux ; dans un cas de tumeur en chou-fleur, il prit un morceau gros comme un haricot qui n'était que du tissu sphacélé. Il a vu un cas de corps étranger, un os avalé depuis 45 jours ; le malade ne pouvait ni boire, ni manger ; les sondes n'ont pas pu passer ; les crochets n'ont rien ramené ; il fit une œsophagoscopie qui alla jusqu'à l'estomac mais qui ne trouva rien ; cependant en retirant l'instrument, Mouret vit un corps flottant sur un côté ; le tube œsophagien était passé sur lui, tandis que la sonde s'arrêtait toujours à 12 centimètres.

Escat a vu des cas malheureux ; un cas de rétrécissement central, où le mandrin s'arrêta ; il le força et il passa ; le malade asphyxia bientôt ; le tube était passé dans la bronche ; il fait une œsophagoscopie chez un malade atteint de dysphagie ; il passe très bien l'œsophagoscope ; le malade meurt en 24 heures ; c'était un anévrisme probablement, mais comme il s'agissait d'un cas de ville, l'autopsie ne put être faite. Chez un enfant de 6 ou 7 ans, il y avait un haricot au niveau de la bronche droite ; le petit asphyxiait ; on lui donne du chloroforme ; il fit une colère et de la cyanose bleue ; Escat pratiqua une trachéotomie rapide ; il n'y eut pas d'hémorragie et il sortit le corps étranger de la bronche gauche, mais on ne put faire revenir l'enfant.

Rouvillois recommande, dans les corps étrangers lisses, de mettre le malade en position basse ; un soldat avait aspiré un crayon lisse ; il présentait des troubles respiratoires intenses du côté de la bronche droite ; avant de faire la bronchoscopie, il le fit mettre en position basse et la toux a expulsé le corps étranger.

Texier a vu dans un cas de cancer de l'œsophage l'œsophagoscopie amener de la dysphagie, de la douleur, et de l'œdème du cou ; il connaît aussi un cas de corps étranger, un sou avalé par un enfant de 18 mois à 2 ans ; la radioscopie montre le sou derrière le cricoïde ; on essaya au crochet de Kirmisson et au panier de Grœfe ; il se produisit de l'emphysème sous-cutané ; le sou était derrière et au-dessous du châton du cricoïde ; l'auteur fit une bronchoscopie inférieure immédiate, mais l'enfant mourut.

Bourgeois a retiré deux haricots de la trachée chez deux jeunes bébés ; dans le premier cas, il fit une trachéotomie simple, avec injection d'huile et le haricot sortit tout seul ; dans le deuxième cas, avec Bellin, il fit une trachéo-bronchoscopie inférieure, mais la pince dérapait sur le haricot ; on retira le tube et le haricot sortit tout seul.

Escat, dans trois cas de pièce de monnaie, s'est servi avec avantage du crochet de Kirmisson, qui est la méthode de choix.

Texier, dans son cas n'a pas pu l'avoir.

Gaudier. C'est un excellent appareil ; ses internes ont toujours

enlevé les sous, grâce à lui, mais il faut mettre le doigt assez profondément et refouler le cricoïde.

Moure Il y a les corps mobiles et les corps enclavés; les uns sortent tout seuls, les autres sont difficiles à avoir.

Hennebert a enlevé un corps étranger, sous radioscopie avec une pince spéciale.

Guisez. De tous les procédés, le crochet de Kirmisson est le meilleur; mais je ne vois que des cas déjà soignés par de nombreux moyens, et le corps est enclavé souvent; je connais des cas malheureux et notamment trois cas de mort; mais les insuccès sont dus à une faute de technique: il faut que la bougie pénètre bien dans les rétrécissements de l'œsophage, sur 33 cas je n'ai eu que 4 insuccès.

Évolution intra-cranienne des polypes fibreux naso-pharyngiens, par Gaudier (de Lille). — Un enfant porte une tumeur naso-pharyngienne que je lui enlève; deux ans après, il revient, présentant une hémorragie nasale, foudroyante le soir même où il arrive; l'autopsie montre une tumeur fibreuse, allant jusqu'à la selle turcique et la recouvrant. C'est un cas intéressant d'évolution intra-cranienne avec mort; on a cité des cas de mort brusque sous le chloroforme, notamment Jaboulay (de Lyon);

Nélaton, trois fois, avait fait le diagnostic, avant l'opération.

Que deviennent ces malades?

Sur 17 que j'ai opérés, il n'y en a que 2 vivants; les autres sont morts de méningite, de cachexie ou d'hémorragie; il est donc nécessaire de faire une opération large, le plus large possible.

Jacques a vu un énorme polype naso-pharyngien, ayant causé de l'amaurose bilatérale, opéré depuis 18 mois, mais donnant lieu encore à des maux de tête atroces; il croit à une évolution intra-cranienne.

Cancer du larynx siégeant sur le repli aryténo-épiglottique gauche. Opération endo-laryngée; guérison, par J. Garel (de Lyon). — Il s'agit d'un épithélioma volumineux chez un homme de 62 ans. La tumeur paraissant bien limitée comme implantation, on en fait l'ablation avec l'anse galvanique en un seul coup, sous le contrôle du miroir. L'opération a été pratiquée il y a huit mois. Il n'y a pas de récidive actuellement.

Traitement du cancer laryngé par la fulguration, par Georges Laurens (de Paris). — L'auteur expose sommairement l'état actuel de la fulguration et la relation de deux cas de cancer endo-laryngé qu'il a pu traiter par ce mode opératoire. Les deux observations des malades ont été longuement et antérieurement décrites.

Mais Georges Laurens, sans rien préjuger de l'avenir, sans vouloir porter un pronostic optimiste, déclare simplement que ses deux opérés (sur lesquels la fulguration a été faite il y a six mois) sont

actuellement en vie, bien portants, sans la moindre trace de récidive locale, ont repris leurs occupations professionnelles, et ont une phonation convenable; l'un d'eux même peut parler la journée entière.

Il signale une paralysie des muscles ary-aryténoïdiens chez l'un des opérés, qui a duré deux mois et a complètement disparu après un traitement à la strychnine.

Ces deux cas de fulguration appliquée sur des néoplasmes bien circonscrits peuvent donc dans une certaine mesure encourager dans l'application de ce nouveau traitement opératoire du cancer du larynx, puisque les résultats immédiats sont satisfaisants.

Un cas de laryngectomie, par Gault (de Dijon). — C'est une tumeur de tout le vestibule laryngé pour laquelle l'auteur fit une trachéotomie, le 10 mars et la laryngectomie en un second temps ; il avait l'intention de faire appliquer au malade la fulguration, mais ce cas ne lui a pas semblé favorable.

Molinié fait part des résultats négatifs ou défavorables de la fulguration chez 4 de ses malades atteints de lésions cancéreuses siégeant à la bouche, au pharynx ou au larynx. Ces malades traités par MM. de Keating-Hart et Juge ont tous succombé soit par récidive rapide et généralisation, soit par complications opératoires bronchopulmonaires. Sans vouloir apprécier la méthode dans son ensemble, on peut dire d'après ces exemples que le cancer des premières voies respiratoires et digestives ne fournit pas à la fulguration un heureux terrain d'application.

Jacques, chez un malade de 75 ans, a dû faire appliquer la fulguration; il a fait 8 ou 9 applications à 15 jours d'intervalle; il n'a pas eu d'ennuis ; mais les résultats ont été nuls.

Lermoyez. Depuis 5 ou 6 mois, je cherche ce que vaut cette méthode ; la fulguration intensive ne provoque rien du côté du cœur.

La fulguration dans les cancers inopérables n'est pas supérieure à la laryngotomie, suivie de thermocautérisation.

Quelques chirurgiens m'ont dit que dans le cancer facile, elle ne donne rien et qu'elle aggrave le cancer inopérable ; elle a 3 effets immédiats : la lymphorrhée, qui augmente les chances de bronchopneumonie, l'action nécrosante (je connais une thrombose de l'artère axillaire) et une action de réparation excessive des tissus; donc ses résultats sont douteux.

De Gorsse a mené un cancer du sein à Juge (de Marseille) ; ce cancer avait fait une récidive érysipélateuse.

Juge trouva la paroi thoracique effondrée et il dut fulgurer la plèvre et le péricarde; ils auraient dû se nécroser ; il n'en a rien été.

Sieur croit que la fulguration aggrave les tumeurs, et puis n'agit-elle pas sur la nutrition des nerfs au niveau desquels elle est appliquée.

Séance du 12 mai 1909.

Rapport de l'examen fonctionnel du labyrinthe, par Moure (de Bordeaux) et Cauzard (de Paris).

Première partie. — 1° *Notions d'anatomie normale et comparée.* — Les auteurs rappellent brièvement la constitution dualiste du labyrinthe, appareil du limaçon, système vestibulaire (canaux demi-circulaires et vestibule). Cette dualité s'explique par l'embryogénie. Chez les poissons, le labyrinthe vestibulaire est complet, tandis que le limaçon n'existe pas ; chez les mammifères, le limaçon existe toujours, mais c'est chez l'homme qu'il est le mieux développé.

Nous ne reprenons pas ici l'étude anatomique du limaçon, du vestibule, des canaux demi-circulaires, brièvement mais clairement exposée et illustrée de nombreuses figures.

Il est mentionné avec raison que les canaux demi-circulaires, considérés sur un rocher sont perpendiculaires entre eux ; mais ne le sont pas sauf pour le canal horizontal par rapport aux plans du crâne, c'est ainsi que tous les canaux verticaux sont à 45° avec le plan antéro-postérieur du crâne, tandis que le canal vertical antérieur droit est parallèle au canal vertical postérieur.

Lombard en étudiant le mécanisme fonctionnel de ces derniers, les appelle canaux hétérologues.

2° Les connexions du labyrinthe avec les centres bulbaires et cérébelleux sont particulièrement bien exposées, d'après les recherches anatomo-pathologiques d'André Thomas sur les « faisceaux cérébello-vestibulaires ».

Le nerf vestibulaire est formé de trois racines. La plus petite, que nous dirons médiane, se rend dans le noyau triangulaire de l'acoustique; la supérieure va dans le noyau de Bechterew, qui se trouve près du plancher du quatrième ventricule, en haut et en arrière du noyau de Deiters, ce dernier enfin constitue la terminaison la plus importante du nerf vestibulaire. Il existe encore quelques rares fibres nerveuses qui vont directement au noyau du toit du même côté. Le noyau triangulaire de Bechterew et celui de Deiters sont en outre les relais de fibres cérébelleuses qui viennent les unes du noyau du toit du côté opposé et toutes les autres du noyau du toit du même côté, du globulus et de l'embolus.

Du noyau de Deiters partent des fibres qui se dirigent dans trois directions : les unes allant dans le noyau de la *sixième paire du même côté ;* 2° les autres dans le *faisceau longitudinal postérieur du même côté;* 3° quelques-unes enfin *croisent la ligne médiane, atteignent le faisceau longitudinal postérieur du côté opposé, et de là le noyau de la troisième paire* (côté opposé du noyau de Deiters). Les fibres qui empruntent la voie du faisceau longitudinal postérieur descendent dans la moelle, pour se terminer autour des cellules qui entourent la corne antérieure, elles font partie du cordon antérieur. Les troisièmes fibres afférentes du noyau de Deiters, sans suivre la

voie du faisceau longitudinal postérieur, descendent le long de la moelle et se terminent autour des cellules de la corne antérieure.

A côté de ces dernières fibres descendantes, émanées du noyau de Deiters, « il existe (chez le chien) quelques fibres cérébelleuses directes, qui proviennent des noyaux du toit, de l'embolus et du floculus, en passant par le noyau de Deiters » (A. Thomas).

Ces relations du nerf vestibulaire avec le cervelet, la sixième paire du même côté, la troisième paire du côté opposé avec les cellules de la corne antérieure de la moelle par l'intermédiaire du noyau de Deiters, nous expliquent pourquoi les réactions constituées par des mouvements oculaires, des troubles vertiges et de la statique, et par la modification du tonus musculaire, se rencontrent dans les affections du vestibule ou des canaux demi-circulaires.

3° *Notions d'acoustique.* — La théorie d'Helmholtz sur l'acoustique physiologique est longuement exposée ainsi que la physiologie de l'organe de Corti.

Les critiques de cette théorie sont rapportées et particulièrement celles de Bonnier et de Marage. Les auteurs admettent avec Helmholtz et Bezold que le limaçon présente pour des points différents des sensations différentes. Les sons bas sont perçus dans la partie la plus élevée du limaçon tandis que les sons aigus sont perçus dans la base du limaçon ; théorie que semblent confirmer les travaux de Wittmack et de Siebenmann, qui ne partagent pas l'avis de Bonnier qui veut admettre qu'un point de la papille auditive est accessible à toutes les sonorités, comme un point de la rétine l'est à toutes les couleurs.

4° Le rôle de l'appareil de transmission déterminé par Helmholtz et Bezold, critiqué par Zimmermann est exposé d'après les recherches de Wagner, de Grossmann, de Schaefer et Sessous.

L'absence de l'appareil de l'oreille moyenne n'influence pas trop l'ouïe dans cette faculté qualitative de percevoir l'échelle des sons mais change considérablement la valeur quantitative de son pouvoir de perception ; l'étendue du champ auditif n'en est que peu modifiée, tandis que la finesse de l'ouïe est plus ou moins gravement diminuée.

L'exposé des recherches expérimentales anatomo-pathologiques de Wittmack est des plus intéressant, car cet auteur a pu produire chez des cobayes des dégénérescences de cellules nerveuses, des ganglions cochléaires avec début de destruction de l'organe de Corti, en soumettant ces animaux à des bruits de grande intensité continus ou de courte durée.

Wittmack fait cette observation remarquable que les animaux traités avec le même sifflet présentent une lésion du limaçon toujours identique.

Dans tous ces cas l'appareil vestibulaire des animaux soumis aux expériences était intact.

Limites de l'acuité auditive :

Quelles que soient les théories émises pour expliquer la sensa-

tion auditive, l'oreille perçoit des sons qui s'étendent de 16 à plus de 20.000 vibrations. Pour Despretz la limite supérieure de l'audition est de 38.016 vibrations. En musique les sons perçus habituellement s'étendent de 40 à 4.000 vibrations, c'est-à-dire dans une étendue de 7 octaves.

La voix humaine a une étendue qui s'étend rarement au-dessous de l'ut_1, 64 vibrations doubles; rarement au-dessus de l'ut_5, 1.024 vibrations.

Hagener a rappelé (Congrès d'Heidelberg, 1908), que la limite supérieure de l'audition d'après Schwendt et Edelmann s'étendait entre 45 et 50.000 vibrations, tandis que, avec les diapasons de König elle ne dépassait pas 20.000. Ces différences énormes s'expliqueraient par l'intensité beaucoup plus grande des sons donnés par le sifffet de Galton généralement employé dans ces recherches. C'est pour ce motif du reste que Schultze a critiqué l'usage de cet instrument qu'il considère comme défectueux.

Myers (1902) réduit la limite supérieure de l'audition entre 20 et 25.000 v. d.

Avec Hegener, Schultze, Moure et Cauzard recommandent pour rechercher la limite supérieure, l'emploi du monocorde de Schultze, dont ils donnent la description et le mode d'emploi.

Cet appareil donne un ton pur bien défini d'une hauteur constante. Les sons s'étendent de l'ut_5 (4.138 v. d.), à l'ut_8 (33.104 v. d.). En pratique il ne faut pas chercher la limite supérieure au-dessus de 16 à 18.000 vibrations.

Les auteurs considérant l'échelle des sons par rapport à la parole distinguent avec Zwardemaker 4 zones principales : la première s'étend jusqu'à 64 vibrations doubles (contre octave) ; la seconde comprend le registre de poitrine de la voix chantée 64 v. d. à 256 v. d. ; la troisième ou zone des voyelles, de 256 à 2.880, la zone des consonnes de tonalité élevée.

Gradenigo conseille d'employer parallèlement les diapasons de 64, 512, 2.048, 3.072 v. d.

En étudiant les méthodes d'acoumétrie, les rapporteurs exposent le système d'excitation des diapasons par les poids proposé par Gradenigo et Stefanini. Cette méthode permet d'exprimer en grammes l'intensité du son minima nécessaire à l'excitation d'une oreille normale ou malade (seuil d'excitation normale pathologique).

Pour l'étude de la perception aérienne, il est fait usage de la montre et de l'acoumètre de Politzer.

Nous ne pouvons pas insister sur le mode d'emploi bien connu de ces instruments.

Pour la voix chuchotée, avec Quix, les rapporteurs distinguent deux groupes de sons : sons graves et sons aigus.

Dans les premières : les voyelles *v*, *o*, *ou* ; les consonnes : *m*, *n*, *r*, *ng* ; les mots : *un*, *murmure*, *mort*.

Dans les seconds, les voyelles : *a*, *é*, *è*, *i* ; les consonnes : *t*, *k*, *s*, *sch*, *ç* ; les mots : 5, 6, 7, 55, 66, 67, *type*, *cesse*, *Passy*, *d'Assas*.

L'épreuve de Lucæ-Dennert est conseillée dans cette épreuve.

La recherche de la limite des sons graves serait faite au moyen des diapasons graves, modèle de Gradenigo, 32, 48, 64, 96, 128 v. d. L'examen de la région moyenne sera fait avec la série des *ut* d'Hartmann (128 à 2.048 v. d.). La limite supérieure sera recherchée avec le monocorde de Schultze.

La perception cranienne et sa comparaison avec la perception aérienne est étudiée d'après la technique de Weber, de Schwabach, Rinne et Gellé qui seront faites avec les diapasons de 64, 96, 128 v. d.

Comme conclusion de leur chapitre d'acoumétrie, les auteurs proposent à la Société d'adopter pour l'examen de l'audition le schéma suivant :

Épreuves par les diapasons. — Normalement, les diapasons employés seront ceux de 64 v. d., 96 v. d., 128 v. d., dits de Gradenigo, c'est-à-dire avec les figures dont nous avons parlé plus haut :

Diapason Gradenigo		Schwabach (1) G.	Schwabach (1) D.	Weber G.	Weber D.	Rinne oreille gauche	Rinne or. d.
64 V. D.		=	=				
		+	+	+	—	64 Air/Os = N—X/N—Z = — 15	+ 20
		—	—				
96	—	=	=				
		+	+	+	—	96 Air/Os = N—X'/N—Z' = — 10"	+10"
		—	—				
120	—	=	=				
		+	+	+	—	128 Air/Os = N—X"/N—Z" = — 5" (2)	+15"
		—	—				

Gelé : 128 négatif ou positif, + ou —.

		Air	Osseuse
Montre, si normal + 1 m.	D. —	X/100	+
			—
	G. =	X/100	+
			—

Acoumètre Politzer (la normale est connue : 15 m., et n'a pas besoin d'être mentionnée).

Perception { D. = X ; G. = X

Voix chuchotée :	D.	G.
Sons graves	X	Z
Sons aigus	X'	Z'

Épreuve de Lucæ-Dennert : positive ou négative.

Limite supérieure monocorde de Schultze { D. X ; G. Z (3) Durée

Limite inférieure (24, 32, 48, 64, 96 v. d. { D. = 64 v. d. : X ; G. = 32 v. d. : Z

1. Les indications : =, +, — sont notées par rapport à la normale.

2. La lettre N indique la durée normale d'audition, soit osseuse, soit aérienne, pour chaque diapason, donnée qu'il nous serait heureux de voir acceptée par tous.

3. Ramenée au centième : le diapason Gradenigo (figure nette) dont

Examen électrique. — La recherche de la réaction normale du nerf auditif au passage d'un courant, de 1 à 10 milliampères, dépassant rarement 4 milliampères, a été faite par différents auteurs : Gradenigo, entre autres, après Brenner[1], publia plusieurs articles sur l'importance pratique de l'examen électrique du nerf acoustique dans le diagnostic des affections auriculaires[2]. Le pôle destiné à l'oreille sera constitué par un tampon placé sur le tragus, tandis que l'électrode indifférente qui sera le plus souvent le courant positif, sera appliquée sur la nuque. L'intensité du courant doit être accrue lentement et décroître de même, sans qu'il y ait rupture brusque.

Expériences. — L'électrode négative est sur le tragus, un courant est établi progressivement de 0 à 3 et 4 milliampères. Le sujet en expérience entend alors un bourdonnement qui bientôt disparaît ; l'interruption du courant ne provoque pas à nouveau de sensations auditives.

Le pôle positif est sur le tragus ; l'excitation n'a lieu qu'au moment de la rupture, et la sensation sonore est plus faible et plus aiguë.

D'après Lermoyez : 1° S'il n'y a pas de réaction, s'il n'y a pas d'obstacle au courant, il faut penser à une lésion du nerf auditif.

2° Si la réaction est plus vive qu'à l'état normal, le nerf auditif réagissant par exemple avec un milliampère, il existe soit une hyperhémie du labyrinthe, soit une irritation du nerf auditif.

3° Lorsqu'il y a inversion de la formule donnée précédemment, on doit admettre une affection grave de l'appareil labyrinthique ou du nerf auditif.

Donc, normalement, la plus grande excitation correspond à la fermeture du courant, le pôle négatif étant placé au niveau du courant auditif. Contrairement aux affirmations de Brenner, chez les sujets normaux, dit Gradenigo, c'est seulement dans un petit nombre de cas que l'on obtient une réaction de l'acoustique par des courants électriques d'une intensité inférieure à 6 milliampères et par l'application externe ; à l'inverse, chez les individus atteints d'altérations nettes de l'organe auditif, ou de lésions endo-craniennes, le nerf acoustique réagit par le phénomène sonore à l'excitation engendrée par le courant électrique de l'acoustique est, pour cet auteur, en rapport avec les lésions irritatives de l'organe auditif en général, et plus particulièrement de l'appareil de perception des sons.

Ordinairement, l'augmentation de l'excitabilité électrique est bilatérale, même si l'affection est unilatérale ; mais dans ce dernier cas, l'accroissement est plus prononcé du côté malade.

durée normale est 20", est perçu seulement 5", on aura $\frac{X}{100} - \frac{5}{10}$ ou $\frac{5 \times 100}{20}$ $= X - 25$ °/₀.

1. Brenner admet que l'auditif est comme les autres nerfs justiciable de la formule de réaction galvanique.

2. *Annales des maladies de l'oreille*, mars 1899.

La facilité de réaction indiquerait un processus irritatif de l'oreille interne, et probablement du nerf acoustique, lié habituellement à des phénomènes inflammatoires, ou simplement hyperhémique, que leur siège ait lieu dans l'oreille interne ou dans l'oreille moyenne.

D'après Gradenigo, deux affections chroniques sont susceptibles de présenter les mêmes caractères objectifs et fonctionnels acoustiques; mais l'une peut s'accompagner d'une excitabilité électrique exagérée, et l'autre non. La première généralement plus grave, comporte un pronostic plus réservé que la seconde.

L'examen électrique ne permettrait guère de différencier les lésions de l'appareil de transmission de celles de l'organe de perception. Une exquise hyperexcitabilité peut s'accompagner d'abolition complète de la fonction auditive ou même d'audition normale chez un névrosé. D'après cet auteur, les critériums de l'excitabilité électrique sont de nature différente de ceux que l'on obtient par l'étude des altérations de l'acuité auditive. Sauf les cas où il existe une hyperexcitabilité nerveuse générale exagérée, pour ainsi dire pathologique, l'existence d'une hyperexcitabilité électrique est l'indice de processus irritatifs de l'appareil percepteur des sons; mais la réciproque n'est pas vraie. On ne peut pas dire qu'en présence d'une surdité, même localisée à l'oreille interne, il y aura inévitablement une augmentation de l'excitabilité électrique.

L'étude du sens de l'équilibre ou sens statique constitue la deuxième partie de ce rapport et n'en est pas la moins intéressante. Après avoir rappelé les épreuves de Mach, épreuves de rotation uniforme, ou accélérée ou ralentie, sensation de contre-rotation, vient la description du vertige de Purkinje :

Si on fait tourner un sujet, les yeux ouverts jusqu'à la sensation de vertige, avant l'arrêt les objets ambiants semblent tout d'abord être au repos, puis tourner dans la direction opposée; après l'arrêt le sujet regarde-t-il un point quelconque placé loin de lui, il a la sensation que les objets continuent à tourner dans la direction où ils paraissaient tourner tout d'abord, c'est-à-dire dans une direction contraire à son propre mouvement rotatoire. Si l'expérimentateur examine alors les yeux du sujet en expérience, il constatera des oscillations horizontales des globes oculaires. Ces mouvements se composent de secousses brusques, dirigées dans le sens contraire à la rotation première, et de secousses lentes dans la même direction (nystagmus après rotation, dit expérimental). Le sujet n'a pas conscience du mouvement de ses yeux et, si l'illusion est un peu trop forte, le sujet pourra avoir une sensation de vertige.

Après un exposé de la physiologie de l'organe de l'équilibre, les auteurs exposent les épreuve que von Stein a proposées pour l'équilibre statique et dynamique des sujets, au Congrès de 1904 (Bordeaux).

La partie la plus intéressante de l'examen de l'appareil vestibulaire est celle où les auteurs sans s'embarrasser dans des explications théoriques, font un exposé pratique et clinique des épreuves

portant sur l'examen des troubles de la motricité oculaire réflexe : étude du nystagmuss pontané et du nystagmus provoqué.

I. Nystagmus spontané. — Il peut se rencontrer dans le cours d'irritations labyrinthiques de nature pathologique : dans ces cas où l'on observe, à la suite d'évidements, des symptômes d'irritation labyrinthique.

Le nystagmus spontané ne se rencontre pas seulement dans le cours des labyrinthites, c'est aussi le signe d'une complication endocranienne d'origine otique.

Il n'est pas toujours évident, il est nécessaire de le rechercher et, pour cela, de faire regarder le malade dans des directions extrêmes, le plus souvent en abduction, soit à droite, soit à gauche, quelquefois en haut; bien que le nystagmus spontané soit le plus fréquemment horizontal, il est quelquefois rotatoire, rarement vertical.

Le nystagmus peut changer de côté, ou être bilatéral (Alexander). Ce symptôme disparaît ordinairement pour deux raisons : soit parce que la cause de l'excitation s'amende, soit au contraire parce qu'il se produit une aggravation annihilant l'appareil vestibulaire. Sauf exception, le nystagmus spontané ne dure jamais très longtemps après le début de l'affection qui a occasionné son apparition.

Si l'on considère le nystagmus horizontal, le plus net, le plus fréquent, on doit l'expliquer par un trouble dans la fonction du noyau de la VI^e^ paire; *car c'est ce noyau qui préside aux mouvements associés de latéralité des yeux.*

II. Nystagmus rythmique provoqué. — Barany (de Vienne) eut l'idée de provoquer l'apparition du nystagmus et d'en étudier les diverses modalités. De ses recherches est née une nouvelle et intéressante méthode pour rechercher la sensibilité de la portion vestibulaire du labyrinthe.

Les excitants employés sont :

1° *Le mouvement*, de préférence, le mouvement de rotation passive : c'est l'excitant physiologique ;

2° *la chaleur* ou *le froid* ;

3° *L'électricité* sous forme de courant galvanique.

Le nystagmus n'est qu'une manifestation secondaire survenant au cours du vertige voltaïque.

4° *La compression directe*, soit la pression exercée au moyen d'un stylet sur le canal semi-circulaire membraneux lorsque ce dernier est mis à nu, soit la compression ou la décompression de l'air du conduit auditif et de la caisse à l'aide d'une poire à air, lorsque le tympan est détruit ou perforé.

III. Du nystagmus proprement dit. — Pour observer le réflexe, il suffit d'examiner la situation des globes oculaires. On voit alors les globes oculaires animés de mouvements variés, alors selon que les réactions de l'un ou l'autre des canaux semi-circulaires prédominent on distingue : 1° le nystagmus horizontal, les globes allant à droite ou à gauche, ou réciproquement (excitation du canal semi-circulaire horizontal) ;

2° Nystagmus circulaire ou rotatoire, dont le sens est indiqué par le déplacement du pôle supérieur de la cornée.

3° Le nystagmus vertical, en haut ou en bas.

Dans certains cas, le nystagmus présente une direction *oblique* ou *diagonale* [1].

Le nystagmus le plus fréquemment observé est le nystagmus horizontal :

1° Parce que le mouvement de rotation autour de l'axe du corps intéresse surtout le canal horizontal ;

2° Parce que, dans les réactions thermiques, c'est l'ampoule du canal horizontal qui est la plus proche de la paroi labyrinthique, tandis que l'ampoule du canal vertical supérieur est moins en rapport avec la caisse, et que l'ampoule du canal vertical postérieur se trouve à la partie la plus interne du vestibule ;

3° Parce que les mouvements de latéralité des yeux sont nettement sous la dépendance de la sixième paire qui est intimement reliée au noyau de Deiters, relai du nerf vestibulaire.

Si l'on étudie le nystagmus horizontal, on peut, avec Alexander, en décrire trois variétés basées sur son degré d'intensité :

1° Le nystagmus est violent et atteint son maximum : il s'observe dans la position extrême du regard vers le côté opposé au nystagmus. Exemple : le malade présente un nystagmus dirigé à droite, ce nystagmus s'observe encore dans la position opposée du regard, c'est-à-dire dans l'abduction gauche ;

2° Le nystagmus s'observe dans la vue droite à l'infini ;

3° Il est seulement visible dans la position extrême du regard, vers le côté du nystagmus. Pour reconnaître ce dernier ou le mettre en évidence, on fait fixer au sujet l'index porté à 25 centimètres environ de l'œil, de façon à mettre le regard dans l'abduction répondant à la direction du nystagmus supposé.

Pour déceler certains nystagmus légers, on doit éviter de laisser faire au malade des mouvements de convergence : pour obtenir ce résultat, on emploiera le procédé fort simple conseillé par Barany, qui consiste à placer devant les yeux du patient une paire de lunettes opaques.

A. *Réflexe rotatoire.* — Si on soumet un malade à un mouvement de rotation daus un plan horizontal, soit par exemple de gauche à droite par rapport au malade, c'est-à-dire dans le sens des aiguilles d'une montre, et, qu'après un certain temps, ce mouvement de rotation soit brusquement arrêté, l'irritation des canaux demi-circulaires horizontaux se traduit par un nystagmus horizontal gauche, c'est-à-dire *dans une direction opposée à celle du mouvement de rotation.*

1. Si l'on considère la direction du nystagmus d'après les mouvements des yeux, de même qu'on reconnaît des mouvements simples (horizontal et oblique) et des mouvements complexes (vertical et rotatoire), de même serait-il plus juste de reconnaître des nystagmus simples (horizontal, oblique) et des nystagmus complexes (rotatoire et vertical).

C'est le nystagmus après rotation (post-nystagmus de Barany) ; cette réaction serait sous la dépendance du vestibule gauche.

Normalement, le nystagmus, après une rotation de dix en vingt secondes, est intense, il varie de vingt-cinq à trente-cinq secondes.

I. *Épreuve frigorique.* — On fait généralement usage d'eau ayant une température entre 15 et 25° ; il est préférable d'employer d'abord l'eau à 25° pour tâter la susceptibilité du malade, car il n'est pas rare, si l'eau est trop froide, de voir survenir des réactions très violentes : telles que vertiges, chute, vomissements. Avant de faire circuler le courant d'eau il faut examiner l'état du conduit et de la caisse ; ceci fait, on introduit dans le conduit une canule de Hartmann, afin d'éviter tout traumatisme tympanique. La durée de l'injection sera de trente à soixante secondes ; elle devra être d'autant moins longue que le degré de l'eau sera plus bas. Pendant que le liquide circule, le malade, ayant la tête droite et dirigeant son regard du côté opposé au labyrinthe, interrogé, on voit se produire des secousses nystagmiques variables dans leur forme, leur intensité et leur durée, suivant l'état d'excitabilité de la région vestibulaire examinée.

Prenons l'oreille gauche, le nystagmus sera dirigé à droite, il sera soit horizontal, soit rotatoire, soit avec des oscillations alternativement rotatoires et horizontales.

II. *Epreuve calorique.* — L'emploi d'eau chaude ou d'air chaud provoquera des réactions qui se traduiront dans des directions tout à fait opposées à celles de l'eau froide. Le nystagmus horizontal sera dirigé du côté du labyrinthe interrogé.

L'abolition du réflexe vestibulaire, à elle seule, ne saurait permettre d'affirmer que la lésion occupe cette partie de l'oreille interne, étant donné qu'une altération siégeant sur le trajet du nerf vestibulaire ou au niveau du noyau de Deiters peut produire le même résultat.

D'autre part, la disparition de la réaction nystagmique n'est pas toujours l'indice d'une destruction définitive de cet organe, car le vestibule peut être passagèrement parésié ou paralysé. C'est seulement la persistance de cette mort fonctionnelle du labyrinthe qui pourra permettre de conclure à une destruction complète et définitive de cet organe.

III. *Nystagmus provoqué par compression ou raréfaction de l'air contenu dans le conduit auditif. Symptôme fistulaire.* — Alexander et Neumann ont décrit un réflexe nystagmique obtenu par la compression de l'air du conduit produite au moyen d'une poire de Politzer ou du spéculum de Siegle : si la coque osseuse du labyrinthe est détruite en un point (fistule), la pression exercée dans le conduit agit directement sur le labyrinthe et produit une excitation ampullaire : ce signe indique d'une part la fistule osseuse, d'autre part l'intégrité fonctionnelle du vestibule.

	Nystagmus spontané	NYSTAGMUS PROVOQUÉ				
		Signe de la fistule compression + Décompression —	ÉPREUVE ROTATOIRE tête droite (canal horizontal) 10 tours en 20 secondes → + ← —		ÉPREUVE THERMIQUE tête droite (canal vertical supérieur) canal horizontal Eau froide 15° 25° Eau chaude 38° 48° pendant 60 secondes	
Abrévations:	N.S.	S. F.	R. +	R. —	θ : 25° ; 60″	: 40° ; 60″
Oreille normale	0	0	N.H.G. : 25″	N.H.D. : 25″	θ : 25° : 60″ N.R.+ ou — : 50″ N.H.D.ouG. : 70″	θ : 40° : 60″ N.R.+ :20″ N,H. G.30″ / D.
Or. droite saine		0		N.H.D. : 20″	N.R. : 40″	N.R.=20″
Or. gauche abolie récemment	↖	0	G.H.G. : 5″		N.H.G. : 70″ N.R. : 0 N.H. : 0	N.H.D.=30″ N.R.= 0″ N.H.= 0″

Dans l'épreuve de la fistule et de la rotation, comme dans l'épreuve dite thermique, il est bon de noter la forme et la direction du nystagmus :

Nystagmus horizontal à droite = N. H. D. :
N — — à gauche = N. H. G. :
N — rotatoire positif (sens des aig. d'une mont.) N.R. + :
N — — négatif (sens contraire des aig.) N. R. — :

et, à la suite, la durée du nystagmus observé.

Dans les cas rares où l'on observerait un N. oblique on le noterait :

N. O. ↗ D. en haut et à droite.
N. O. ↘ G. en bas et à gauche.

IV. *Vertige voltaïque : nystagmus par excitation électrique courants continus*). Le labyrinthe réagit sous l'influence du courant galvanique, par une série de phénomènes subjectifs et objectifs.

Les premiers sont représentés par une sensation vertigineuse, s'accompagnant ou non de nausées et de vomissements.

Les phénomènes objectifs sont représentés par des mouvements de la tête et du tronc et par des mouvements associés des yeux (nystagmus).

L'ensemble des troubles produits par le passage du courant galvanique constitue un syndrome désigné sous le nom de *vertige voltaïque* ou *signe auriculaire de Babinski.*

Le nystagmus galvanique est une des phases de l'ensemble du vertige et, dans le syndrome, un des phénomènes les moins nets.

Normalement, le passage progressif du courant de 0 à 4, 5 milliampères détermine le vertige expérimental. La tête s'incline sur un côté et le corps penche du même côté, qui se trouve être celui du pôle positif. Le nystagmus que l'on peut observer est dirigé du côté négatif ; il est moins constant et moins facile à observer que l'inclination de la tête et du corps. Comme la rupture du courant

amènerait une exagération brusque du vertige, on ne coupera pas le courant, mais on le diminuera progressivement et rapidement.

Dans le cas où le vertige n'apparaîtra pas nettement du côté positif, on pourra placer le pôle négatif sous la forme d'une grande plaque à la nuque : dans ce cas, le courant employé sera supérieur à la quantité citée plus haut ; mais il sera facile, en l'inversant, de savoir si le malade incline au pôle positif ou du côté négatif.

Dans les cas pathologiques : 1° Si l'affection est unilatérale, l'inclination se fait du côté de l'oreille atteinte, quel que soit le sens du courant.

2° L'affection est bilatérale et inégale : l'inclination se fait du côté le plus atteint ; s'il y a une abolition fonctionnelle, on n'obtient aucun vertige jusqu'à 20 milliampères, maximum que peut supporter le plus souvent le sujet.

Le Dr Cauzard a recherché ainsi le vertige voltaïque sur une cinquantaine de sourds-muets, avec l'aide du Dr Laquerrière.

Sur les sourds complets, sauf deux cas, il n'a été jamais noté de vertige, même avec 20 milliampères.

Sur les sourds incomplets, il est arrivé à obtenir des vertiges avec des intensités plus ou moins grandes : 7 à 8 milliampères par exemple ; 25 milliampères dans un autre cas.

TABLEAU SYNOPTIQUE
DES RÉACTIONS VOLTAÏQUES EN OTOLOGIE[1]

ÉQUILIBRATION	Vertige subjectif et objectif, à moins de 8 mA. Entraînement vers le pôle +.	État normal. Troubles hystériques. Troubles tabétiques. Otites externes et moyennes, quelquefois même de l'oreille externe sans participation et avec intégrité de l'appareil vestibulaire.
	Vertige nul ou ne survenant qu'au-dessus de 10 mA. en moyenne. Entraînement vers l'oreille malade en cas de lésion unilatérale, et vers l'oreille la plus atteinte en cas de lésion bilatérale.	Otite interne atteignant surtout les canaux semi-circulaires et leurs ampoules. Otite interne atteignant surtout l'utricule. Otite interne atteignant surtout le saccule. Augmentation de la pression intra-crânienne : Tumeurs, etc.

Conclusions : Le labyrinthe est divisé en deux parties distinctes : l'une, *l'organe de l'audition — le limaçon* ; l'autre, *l'organe de l'équilibre — le vestibule et les canaux semi-circulaires.*

De cette division aujourd'hui classique résulte pour les praticiens la déduction logique qu'une affection de l'oreille peut se limiter à l'un ou à l'autre de ces appareils tout aussi bien qu'il est possible de les voir simultanément atteints.

1° *Appareil auditif* (*limaçon*). — Pour interroger la fonction audi-

1. D'après le Dr Roques, *Revue hebd. Laryng.*, Bordeaux.

tive et savoir si la lésion a touché cette importante fonction dans son appareil nerveux, ou au contraire dans son appareil de transmission, nous avons recours aux expériences suivantes :

- Examen de l'audition aérienne
  - à la montre.
  - à l'acoumètre de Politzer.
  - à la voix chuchotée.
  - diapasons graves : de Gradenigo de préférence, correspondant à 32, 64, 96, 128 v. d.
  - diapasons moyens : série de Hartmann, de 128 à 2048 v. d.
  - sons aigus : monocorde de Schultze.
- Examen à travers les os du crâne
  - Perception cranienne
    - à la montre.
    - à l'acoumètre de Politzer.
  - Épreuves aux diapasons [1].
    - Weber.
    - Schwabach.
    - Rinne.
    - Gellé.
  - Épreuves électriques.

2° *Labyrinthe : vestibule* (organe de l'équilibre). — Aux épreuves précédentes, il faudra ajouter les recherches sur l'organe de l'équilibre qui devront consister en :

- I. Recherches sur la statique
  - épreuves de Stein.
  - — de Mach.
  - vertige de Purkinge.
- II. Recherche du nystagmus spontané.
- III. Épreuves de Barany (nystagmus rythmique provoqué).
  - par rotation.
  - — calorification.
  - — réfrigération.
- IV. Vertige voltaïque — épreuves de Babinski.

Lafite-Dupont. Dans les cylindres de Kœnig, le marteau métallique a été remplacé depuis longtemps par un marteau en ivoire. Pour l'expérience de Gellé, la critique de Politzer est exacte ; cette épreuve n'est pas bonne parce que la pression doit agir en même temps sur la fenêtre ronde et sur la fenêtre ovale; aussi a-t-il eu l'idée de faire le Gellé par raréfaction, au lieu de le faire par compression. Cette technique lui a donné de bien meilleurs résultats.

Escat. La question mise à l'ordre du jour a suscité de trop nombreux travaux français et étrangers ; aussi les notations sont très différentes et il y a des différences notables entre elles par exemple ut_1 et *ut* sans indice. De plus, on néglige trop aujourd'hui l'examen du médium ; l'auteur emploie un diapason la_3, à section carrée, d'un centimètre carré, qui vibre pendant 3 minutes à l'oreille normale. En outre, il y a intérêt à utiliser pour l'enseignement, les courbes de champ auditif.

Un autre point important, c'est qu'il faudrait faire toutes les expériences dans la même salle ; l'auteur attache une certaine valeur à

1. Les diapasons de 64, 96, 128 v. d. seront employés pour ces épreuves, ou bien encore celui de Bonnier.

l'épreuve des sons chuchotés successifs de Gellé et, pour lui, le signe de Wolff, ou épreuve de localisation de la paracousie bitonale, est excellent dans certains cas.

Trétrop. Pour lui, la réaction galvanique n'a pas toujours une valeur bien grande. Il constate l'intérêt de ce rapport et il cite le traité de Barany, qui constitue l'A B C des réactions vestibulaires.

Hennebert a vu aussi bien souvent des résultats très contradictoires. Il a fait des recherches sur le courant bipolaire et sur le courant monopolaire. Il faut demander deux sortes de renseignements au courant galvanique, interroger d'abord la réaction générale, puis la réaction particulière.

Moure. Du moment qu'on emploie un interrupteur on peut avoir des intensités différentes. Le monocorde de Schultze donne des sons très comparables d'un sujet à l'autre. Il a voulu faire avec Cauzard un rapport clinique qui permette de se retrouver un peu dans ce dédale compliqué qu'est le labyrinthe.

Cauzard constate lui aussi que le monocorde de Schultze est tout à fait bon. Il répond à Lafite-Dupont que si on fait la raréfaction, c'est comme pour la compression, on agit sur la fenêtre ronde et sur la fenêtre ovale.

Tumeurs kératinisantes du larynx, par André Castex (de Paris). — Mes collègues ont vu sûrement dans des larynx de petites tumeurs implantées sur les cordes vocales d'aspect verruqueux, blanchâtres et présentant plutôt les caractères d'un épithéliome de ses débuts.

Pour ma part, j'ai rencontré six fois au moins ce type de néoplasme qui frappe l'attention par la kératinisation blanche de sa surface.

Invariablement c'était chez des hommes aux environs de la cinquantaine et le plus souvent l'examen microscopique d'un fragment prélevé avant l'opération indiquait qu'il s'agissait d'un épithéliome ; mes interventions par thyrotomie ont été favorables. Dernièrement chez deux hommes, j'ai vu cette kératinisation très accentuée sur un énorme papillome et sur une tumeur de nature intermédiaire tellement dure que la pince avait grand'peine à l'entamer. Je joins à ma communication la relation de deux examens histologiques qui m'ont été remis par mon assistant M. Rabé. Papillome simple dans un cas, papillome contenant des globes épidermiques dans l'autre. J'y joins également un dessin. Tout bien considéré, cette variété de néoplasme paraît devoir être rapprochée de la leucokératose linguale toujours en instance de transformation maligne.

On trouve des documents analogues dans la récente thèse de notre jeune confrère Gaston Poyet, et M. Guisez nous montrait dernièrement, à la Société de l'Internat de Paris, un épithéliome de l'œsophage affectant de même ce type kératinisant.

Je conclus que cette kératinisation indique en général un diagnostic malin, mais en même temps un pronostic *relativement* bénin d'une tumeur maligne.

La ligne de conduite thérapeutique doit tenir compte de ces constatations.

Garel a vu un néoplasme du larynx qui a duré 7 ans chez un vieillard ; c'était au début de sa carrière ; depuis, il a constaté que chez les malades très âgés, il existe de l'épithélioma de très longue durée.

Escat a vu une petite tumeur lisse sous-glottique, chez un homme de 50 ans, qu'il a enlevée, avec de grandes difficultés, à la pince de Moritz Schmidt. Cette tumeur a récidivé et cette deuxième tumeur était blanche, un peu villeuse ; il n'y avait rien au-dessous ; l'histologie a montré que c'était un véritable papillome villeux que semble reproduire exactement la figure montrée par M. Castex ; il en a vu d'autres cas.

Castex a trouvé de ces cas chez des vieillards, mais dans ses tumeurs kératinisantes, il y avait des globes épidermiques, au moins dans un cas.

Les épreuves vestibulaires dans les labyrinthites hérédo-syphilitiques, par Hennebert (de Bruxelles). — L'auteur a observé 7 cas de labyrinthite hérédo-syphilitique.

Il fait suivre la relation de ces cas des remarques suivantes :

1° Dans la labyrinthite hérédo-syphilitique, l'excitabilité de l'appareil vestibulaire peut encore être mise en évidence par la méthode pneumatique (compression et aspiration) alors que les autres méthodes (rotatoire, galvanique, calorique) ne provoquent plus aucune réaction.

2° Les phénomènes observés sont des réactions oculo-motrices consistant en mouvements lents de déplacement des yeux dans le sens horizontal, avec retour par saccades à la position primitive.

3° L'étendue de ces mouvements est en raison directe de l'intensité de l'action pneumatique exercée.

4° La réaction pneumatique diffère du symptôme fistulaire en ce que :

a) elle se produit dans des cas où le tympan est normal et où il ne peut être question de fistule ;

b) en ce que le sens du mouvement oculaire est toujours le même pour l'aspiration, et en sens opposé pour la compression ; dans le premier cas, les yeux s'éloignent de l'oreille en expérience, dans le second cas, ils s'en rapprochent.

5° Dans certains cas, une action pneumatique très minime donne lieu à du nystagmus, dirigé alors en sens opposé au mouvement lent de réaction qui n'apparaît que par des aspirations ou des compressions plus fortes.

6° Dans un cas, l'épreuve pneumatique affaiblissait ou supprimait le nystagmus spontané.

7° En résumé l'épreuve pneumatique doit prendre place au même titre que les autres procédés d'exploration, dans l'arsenal des moyens d'investigation clinique du labyrinthe. Elle doit être mise systématiquement en usage dans le cas de labyrinthite hérédo-syphilitique.

Moure. Dans les lésions anciennes lentes de la forme apoplectique, observe-t-on les mêmes réactions ?

Il pose cette question, car il croyait qu'Hennebert faisait allusion aux labyrinthites syphilitiques de l'enfance avec surdité subite.

Hennebert répond que ce n'est pas de ces cas qu'il a voulu parler.

Quelques cas de labyrinthites, par Trétrôp (d'Anvers). — Pour éclairer la symptomatologie des diverses maladies du labyrinthe, M. Trétrôp expose une série de cas des plus caractéristiques :

Une sclérose progressive à marche lente du labyrinthe en traitement depuis 2 ans 1/2 avec vertiges violents jetant la malade en bas de sa chaise et asthénie profonde.

Une congestion ou hypertension du labyrinthe à poussées paroxystiques, guérie par déplétion sanguine (sangsues à la mastoïde).

Une endo-labyrinthite double par syphilis congénitale ou acquise à bruits violents et à déséquilibration et affaiblissement de tonicité musculaire des plus considérables que le traitement spécifique exacerbe.

Une endo-pyolabyrinthite compliquée de méningite consécutive à une otite moyenne purulente chronique négligée.

Trétrôp conclut que c'est par l'analyse des cas que l'on arrivera à la synthèse de la symptomatologie propre à chacune des affections du labyrinthe.

Volumineux abcès de l'hémisphère cérébelleux gauche. Trépanation large au niveau de la mastoïde. Mort consécutive, par Labarrière (d'Amiens). — L'auteur présente un gros abcès cérébelleux. Il s'agit d'un enfant de 12 ans arrivé à l'hôpital avec otite purulente et œdème mastoïdien.

Une trépanation est faite, toute la surface nécrosée est réséquée et la dure-mère cérébelleuse est mise à nu dans l'étendue du diamètre d'une pièce de 1 franc. Un flot de pus fétide s'écoule au cours de l'intervention et tout permet d'espérer un résultat satisfaisant. Mais l'enfant continue à souffrir ; la céphalalgie, les cris hydrencéphaliques, l'attitude en chien de fusil font penser à de la méningite. Une ponction rachidienne est faite sans résultats. L'enfant meurt et à l'autopsie on trouve une fonte purulente de la moitié de l'hémisphère cérébelleux gauche.

Kyste du cervelet s'étant manifesté dans le cours d'une otite moyenne suppurée. Examen nystagmique. Autopsie, par Texier (de Nantes). — En dehors des symptômes banaux d'une otite moyenne suppurée gauche, le malade s'est plaint dès le début de vertiges, puis plus tard de vomissements, allant en augmentant. De plus, douleur à la nuque. Symptômes locaux : pus par perforation assez large, léger affaissement de la paroi postéro-supérieure, douleur à pression

vive au niveau de l'antre. Montre à peine perçue. Voix basse perçue à 5 centimètres. Weber latéralisé à gauche; Rinne négatif.

Examen du malade dans station debout, yeux fermés : tendance à tomber du côté droit; réflexes normaux. Examen du fond de l'œil : normal. Liquide céphalo-rachidien : normal. Réflexe nystagmique, injection d'eau chaude ou froide : normale. Nystagmus par rotation : normal.

En somme, le labyrinthe paraît normal. Malgré cela, difficulté de porter le diagnostic de lésion cérébelleuse. L'évidement pétro-mastoïdien montre un canal semi-circulaire un peu rouge sans fistule. Peu de chose du côté de la mastoïde ; pas de fistule du côté du sinus. Le malade est amélioré un peu, mais pendant les mois suivants, les mêmes phénomènes s'accentuent. L'examen nystagmique est le même. Malgré cela, ouverture du canal semi-circulaire externe, pas de pus.

Les semaines suivantes, les symptômes se précisent et augmentent : marche plus nettement ébrieuse, voix scandée.

Nouvelle intervention pour l'examen de la loge cérébelleuse, mais le malade meurt sous le chloroforme.

A l'autopsie : kyste du cervelet. L'examen du liquide ne donne pas de crochets ; ensemencé, on ne constate qu'une colonie de Sarcines.

Cette observation montre la difficulté au début du diagnostic différentiel entre une labyrinthite et une lésion cérébelleuse et la valeur de l'examen nystagmique. Cet examen qui mettait le labyrinthe hors de cause a été confirmé par l'ouverture du canal semi-circulaire qui n'a donné issue à aucune trace de pus et par l'autopsie qui a montré la lésion.

Deux cas d'intervention pour tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux (tumeurs de l'acoustique), par Lannois et Durand (de Lyon). — Les tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux ont habituellement leur point de départ dant le nerf acoustique. Elles ne sont pas rares : les auteurs ont pu en trouver environ 70 cas anatomo-pathologiques ou cliniques et donnent un tableau de 44 cas, dans lesquels on a pratiqué une opération plus ou moins complète.

Ils présentent eux-mêmes deux tumeurs de ce genre diagnostiquées pendant la vie et enlevées chirurgicalement.

Le diagnostic, au moins dans les cas typiques, ne présente pas de difficultés sérieuses : le plus souvent l'affection débute par les signes périphériques portant sur l'acoustique, le facial et le trijumeau, accessoirement sur les nerfs moteurs oculaires ou sur le vago-spinal, auxquels s'ajoutent les signes de compression du cervelet et les symptômes généraux des tumeurs.

L'intervention, plus difficile que pour les tumeurs de la région rolandique, est cependant actuellement bien réglée : elle a donné quatorze succès opératoires de plus ou moins longue durée et il est à noter que ceux-ci sont relativement plus nombreux dans les der-

nières opérations publiées. Malgré sa gravité, c'est donc une opération qui trouve une indication dans l'incurabilité des tumeurs par tout autre moyen.

De la zone pétreuse intersinuso-auditive ; voie de propagation des suppurations de l'oreille moyenne dans la fosse cérébelleuse, par Mouret (de Montpellier). — La zone intersinuso-auditive comprend la plus grande partie de la face postérieure du rocher. Elle est limitée en haut par le sinus pétreux supérieur, en bas et en dehors par le sinus latéral, en dedans par le conduit auditif interne. Cette zone comprend deux étages, séparés l'un de l'autre par un plan horizontal passant par la limite inférieure du conduit auditif interne et par le milieu de la paroi postérieure du conduit auditif externe. A l'étage supérieur correspondent le vestibule, les canaux demi-circulaires, l'aqueduc du vestibule, le canal pétro-mastoïdien et l'antre mastoïdien. A l'étage inférieur correspond la partie du rocher qui est comprise entre le plan horizontal indiqué et le sinus latéral. La corticale pétreuse de cette zone intersinuso-auditive est variable de constitution et d'épaisseur. Quelquefois, elle est excessivement mince et peut aller jusqu'à se confondre avec la capsule labyrinthique, qui elle-même peut être d'une minceur extrême et même déhiscente (présentation d'une pièce montrant une déhiscence de la branche postérieure des deux canaux demi-circulaires droit et gauche). Plus souvent, la corticale pétreuse est assez épaisse, dure, compacte. Elle peut alors être séparée de la paroi osseuse propre à l'appareil vestibulaire par du tissu spongieux ou par des cellules pneumatiques, qui peuvent avoir de très grandes dimensions. Ces cellules forment alors une couche pneumatique interposée entre la corticale de la zone intersinuso-auditive et l'appareil vestibulaire (présentation de pièces anatomiques) et constituent les cellules pétreuses postérieures.

Dans l'étage supérieur de la zone intersinuso-auditive les cellules pétreuses se continuent, en dehors, avec les cellules périantrales et l'antre lui-même ; placées entre la corticale et les canaux demi-circulaires, elles peuvent se prolonger autour de ces canaux formant des groupes de cellules péricanaliculaires. Elles communiquent, en haut, avec les cellules sus-labyrinthiques, en bas, avec les cellules de l'étage inférieur. Dans celui-ci, les cellules pétreuses communiquent, en dehors, avec les cellules sous-antrales de la région mastoïdienne, en haut, avec les cellules de l'étage supérieur, en bas, avec les cellules sous-labyrinthiques.

Les cellules pétreuses postérieures peuvent ainsi recevoir l'infection directement soit de l'antre mastoïdien, soit des cellules mastoïdiennes sous-antrales, soit de la caisse (voûte ou plancher) par les cellules sus- et sous-labyrinthiques.

La suppuration des cellules de la zone intersinuso-auditive prédispose aux perforations de la face postérieure du rocher et à l'infection de la loge cérébelleuse profonde ; elle peut aussi provoquer la

suppuration du labyrinthe par nécrose des parois de la branche postérieure du canal demi-circulaire supérieur, de tout le canal demi-circulaire postérieur et de l'aqueduc du vestibule ; elle peut aussi nécroser les parois du canal pétro-mastoïdien et se déverser par celui-ci dans la fosse cérébelleuse ; il est probable encore que, sans aller jusqu'à la nécrose des parois vestibulaires osseuses, la simple inflammation de celles-ci, provoquée par le pus des cellules qui les entourent, peut avoir pour conséquence des troubles de l'appareil vestibulaire, qui sont des manifestations de simple labyrinthisme plutôt que des symptômes de labyrinthite suppurée. Dans les otites moyennes suppurées, avec symptômes labyrinthiques, il serait sans doute prudent de porter toute attention d'abord sur les cellules pétreuses et d'essayer d'aller à leur recherche, afin de donner issue au pus qu'elles peuvent contenir, avant de se décider à ouvrir le labyrinthe, qui, s'il est simplement irrité par l'infection du voisinage, risque d'être facilement infecté, si son ouverture *prématurée* est faite au milieu des suppurations qui l'entourent.

Les cellulites pétreuses en général doivent être souvent la *clef* de beaucoup de complications intra-craniennes et de beaucoup de labyrinthites ou pseudo-labyrinthites, comme les cellulites ethmoïdales sont la *clef* des suppurations frontales.

Lafite-Dupont demande la définition des cellules pneumatiques et si elles ne sont pas des aréoles de tissu spongieux modifiées.

Claoué expose qu'au cours d'une mastoïdite, il fut conduit, par une fistule qui partait de l'antre et conduisait sur la face postérieure du rocher, dans un vaste espace rempli de pus et de fongosités. C'est là un cas clinique très intéressant qui montre l'importance de cette zone intersinuso-auditive.

Paul Laurens a vu également un cas qui vérifie la thèse de Mouret.

Mouret. A M. Laffite-Dupont, je répondrai : 1° que je n'ai pas voulu dans cette communication envisager le canal pétro-mastoïdien, au sujet duquel j'ai présenté mes premières recherches à l'Association des anatomistes (VI^e^ session, Toulouse, 1904), puis au VII^e^ Congrès international d'otologie, Bordeaux, 1905 ; 2° que les cellules qui peuvent entourer ce canal sont de même ordre que celles que j'appelle péri-canaliculaires ou translabyrinthiques; 3° que la distinction entre les cellules pneumatiques et le tissu spongieux est bien nette sur les pièces que je présente et qu'il ne peut y avoir ici la moindre erreur d'interprétation.

Sur les sujets anatomiques frais, l'aspect des cavités pneumatiques et des espaces osseux spongieux est bien différent. Dans les premières, on trouve une cavité libre, tapissée par une très mince muqueuse ; dans les seconds, il n'y a pas d'espace libre, les aréoles du tissu spongieux sont remplies par les matières habituelles de la moelle osseuse.

Sur les squelettes secs les cavités pneumatiques se distinguent par leur volume souvent très grand, et qui, même pour les plus

petites d'entre elles, est en général plus grand encore que celui des espaces du tissu spongieux [1]. Elles se distinguent aussi par leurs parois qui sont lisses et unies, tandis que les parois des espaces spongieux sont très souvent un peu rugueuses ; de plus, on trouve fréquemment dans ces dernières des amas de matières molles, demi-caséeuses, qui sont des restes desséchés des parties molles contenues dans les aréoles du tissu spongieux frais.

Cependant, dans les zones qui sont limitées entre les cavités pneumatiques de petit volume et les espaces spongieux, comme par exemple entre le sommet du rocher, lorsqu'il est spongieux et les cellules périlabyrinthiques, la démarcation est quelquefois, sur le squelette sec, mal tranchée, et il faut quelque habitude pour bien faire la part des unes et des autres : on y arrive cependant très facilement avec un peu d'attention. Au niveau de ces zones limites, les parois osseuses séparatives sont le plus souvent très minces, aussi les suppurations sont-elles, en ces endroits, susceptibles de sortir facilement des espaces pneumatiques pour envahir le tissu spongieux, dans lequel elles provoquent alors de l'ostéomyélite, qui ne tarde pas à diffuser dans les espaces spongieux et à provoquer la nécrose de l'os. On comprend même que l'envahissement par la suppuration soit encore plus facile en ces endroits qu'au niveau de la corticale osseuse, où la table osseuse est toujours plus dense et plus résistante, et où cependant la mortification survient souvent. Aussi je crois que, si la présence des cavités pétreuses favorise la diffusion du pus de l'oreille moyenne dans la pyramide, les rapports de ces cellules avec le tissu spongieux du sommet du rocher favorisent aussi l'ostéomyélite de cette région et en général de toute région spongieuse osseuse, où cellules pneumatiques et tissu spongieux sont en contact sans interposition d'une paroi osseuse dense et épaisse.

Séance du 13 mai 1909.

Quelques considérations sur la respiration diaphragmatique basée sur les recherches graphiques et radioscopiques, par A. Thooris (de Paris). — Nos recherches sur l'état fonctionnel des malingres dans l'armée, par la radioscopie et la méthode graphique, nous ont permis de constater qu'il s'agissait d'insuffisants glottiques et diaphragmatiques.

L'insuffisance glottique se traduit par l'incontinence de l'air contenu dans le thorax au moment de l'émission et se corrige par des exercices d'émission. L'insuffisance diaphragmatique se traduit graphiquement par l'amplitude faible ou nulle de la courbe obtenue au moyen d'un pneumographe, au niveau épigastrique et radioscopiquement, par la persistance de la fusion des masses sombres du diaphragme et du péricarde durant l'inspiration.

1. Parfois cependant le volume ne peut servir à les distinguer, car il y a des cavités pneumatiques excessivement réduites.

La condition nécessaire et suffisante de l'abaissement énergique du diaphragme étant une rétraction énergique de la paroi abdominale au moment de l'inspiration, l'insuffisance diaphragmatique se corrige par une intervention active et opportune des muscles abdominaux.

Il en résulte un surcroît d'ampliation à tous les niveaux. De là un mode intéressant de gymnastique respiratoire qui a donné les meilleurs résultats.

Sur un cas d'immobilisation post-traumatique de la corde vocale droite, par J. Labouré (d'Amiens). — Le sujet de cette observation est vu pour la première fois le 24 septembre 1906, 10 jours après l'accident suivant : en pansant son cheval, il se baisse à terre et reçoit un violent coup de pied qui lui fracture le maxillaire inférieur à droite. Il se rend chez un pharmacien distant de 200 mètres et arrivé là, il devient subitement aphone.

On constate à la visite du 24 septembre une ecchymose du vestibule laryngé, et une paralysie de la corde vocale droite. Plus tard la corde droite s'atrophie complètement et l'épiglotte retombe flasque. L'hystéro-traumatisme ne saurait être mis en cause; la névrite existe bien mais a été secondaire à une lésion qui semble bien avoir été une fracture du larynx. La radiographie d'ailleurs, fournit quelques éléments en faveur de ce diagnostic.

Formations nodulaires d'origine glandulaire dans les polypes du nez, par Lannois (de Lyon) — Il a rencontré trois fois dans des polypes muqueux du nez de petites formations dures, arrondies, ayant absolument l'apparence d'un œil de poisson frit. L'examen histologique, comme on peut s'en convaincre sur les dessins présentés, montre qu'il s'agit de kystes d'origine glandulaire dont le contenu au lieu de rester liquide a subi une transformation spéciale.

Nouvelle technique opératoire pour l'ouverture du labyrinthe, par Bourguet (de Toulouse). — L'auteur, élève d'Escat, étudie une nouvelle technique opératoire pour l'ouverture du labyrinthe, qui consiste essentiellement dans un large évidement; puis avec la gouge, on ouvre la bouche du canal semi-circulaire postérieur et une partie de l'horizontal; ensuite on évide l'os entre le sinus latéral, tout en respectant le massif du facial ; on utilise le protecteur d'Escat modifié, que l'on applique contre l'aqueduc de Fallope et on ouvre la branche antérieure du canal semi-circulaire horizontal et la branche antérieure du canal frontal. Sans enlever le protecteur, on fait sauter le promontoire; le limaçon est ainsi ouvert, de même que le vestibule au-dessous du facial.

Zona otique, par M. Mignon (de Nice). — L'auteur présente une observation de zona otique montrant que l'infection postérieure

peut frapper à la fois les filets nerveux de l'oreille externe et de sa périphérie et aussi le nerf auditif, chose très rare et constituant l'intérêt particulier de ce fait clinique.

Le zona de l'oreille doit donc être décrit d'une façon plus complète qu'on ne le fait généralement; il présente plusieurs modalités, se rattachant à l'oreille externe, à l'oreille moyenne et au nerf auditif celle-ci ayant, au point de vue fonctionnel, une importance digne d'être relatée.

Nouvelle méthode d'anesthésie de la membrane du tympan, par Kœnig (de Paris). — L'auteur ayant vu que le liquide de Bonain, excellent par ailleurs, lui avait causé, dans deux cas principalement, de graves inconvénients, propose, pour l'anesthésie du tympan, la vaporisation fine de chlorure d'éthyle, en s'aidant d'un nouveau spéculum, qui permet l'évaporation spontanée de ce produit; cette anesthésie est rapide, excellente et sans inconvénient.

Lafite-Dupont. Le liquide de Bonain est infidèle pour l'anesthésie du tympan, surtout chez les enfants; aussi l'auteur recourt-il volontiers à l'anesthésie générale; mais, devant ces bons résultats, peut-être essayera-t-il l'anesthésie locale.

Un cas de mastoïdite sans otite, par Mossé (de Perpignan).

Un cas de mastoïdite post-typhique, par Mossé (de Perpignan).

L'électrargol dans l'otorrhée, par Mossé (de Perpignan). — Les sels d'argent à l'état colloïdal ont permis d'obtenir des résultats parfois précieux, dans les complications septiques, soit comme auxiliaire d'un traitement chirurgical approprié, soit quelquefois comme *ultima ratio*.

Ces mêmes sels employés dans le traitement des otorrhées, sous forme de bains d'électrargol, ont dans plusieurs cas amené des guérisons radicales extrêmement rapides.

Les cas d'otite chronique, qui sont le plus heureusement influencés par l'électrargol, sont ceux dans lesquels il y a une large perforation du tympan et une infiltration diffuse de la muqueuse de la caisse. Ces cas relevaient du nitrate d'argent et de l'alcool absolu. La supériorité de l'électrargol est qu'il ne souille, ni la face du patient, ni les doigts de l'opérateur, qu'il a une action rapide et qu'il ne s'accompagne d'aucune réaction douloureuse.

Quand les lésions de la caisse s'étendent du côté de la mastoïde, ou qu'elles dépassent la muqueuse pour s'étendre aux parois osseuses et aux osselets, on peut s'attendre à la faillite de l'électrargol.

Nouvel appareil acoustique, par Laimé (de Paris, présenté par Bourgeois). — L'auteur présente un appareil acoustique pour les

sourds. Cet appareil est composé d'un microphone extrêmement sensible et d'un amplificateur de sons qui est la partie originale de l'invention. Grâce à cet appareil facilement transportable et pouvant aisément se dissimuler dans les poches d'un vêtement, il a pu faire entendre et suivre des conversations tenues à voix normale par des sourds qui ne percevaient même pas le son de la voix dans les mêmes conditions sans le secours de l'appareil. Une des propriétés caractéristiques de l'appareil c'est que grâce à la grande sensibilité du microphone, on peut parler même à une grande distance du transmetteur sans que le son se trouve diminué. Cette invention semble appelée à rendre de grands services dans les cas de sclérose ancienne de l'oreille où la thérapeutique actuelle se trouve impuissante.

Ostéites limitées de l'oreille moyenne, par Lafite-Dupont (de Bordeaux). — Les trois quarts d'ostéites de l'oreille qui sont groupées dans ce travail sont remarquables : 1° par leur siège, situé identiquement au point équatorial postérieur du cadre tympanal ; 2° par l'exiguïté de leur étendue qui se réduit à 1 ou 2 millimètres ; 3° par la durée du processus qui se chiffre par 6 ans et 20 ans ; 4° par la rapidité de la guérison qui suit leur curetage.

Observation I. — Mlle C., 24 ans, mère morte probablement de granulie, vient consulter pour une mauvaise odeur qu'elle constate en faisant la toilette de son oreille. A l'examen, on découvre un petit point d'ostéite de la région équatoriale postérieure du cadre tympanal. Écoulement très minime à odeur fétide ; point osseux criant sous le stylet. Les commémoratifs relatent une otite datant de l'enfance. Depuis, pas d'écoulement apparent ; mais fétidité observée seulement à la toilette de l'oreille ; état général légèrement strumeux, mais bon. Un coup de curette, suivi de badigeonnage au chlorure de zinc guérit en 8 jours et, sans récidive depuis 5 ans, ce point limité d'ostéite.

Observation II. — M. A., ingénieur des Mines, 32 ans, enfance chétive, otite très ancienne datant de l'enfance, mais que le malade pensait guérie. Vient consulter pour une surdité légère. A l'examen, on observe un décollement de la région équatoriale du tympan qui est flasque sous le Siegle. Sur le cadre correspondant à cette région existe un petit point d'ostéite dont le curetage amène la guérison en sept jours. L'audition est très améliorée par la soudure complète et la rigidité acquise du tympan.

Observation III. — Mlle S., 10 ans. Coxalgie ancienne guérie par ankylose. Suintement léger à odeur fétide de l'oreille. Otite suppurée il y a 6 ans. Guérison supposée depuis par la mère qui ne la fait pas examiner. Une légère reprise de la suppuration me la fait conduire ; je découvre des synéchies des osselets et du tympan et une ostéite de la paroi postérieure du cadre tympan, région équatoriale ; le grattage à la curette suivi de badigeonnage au chlorure de zinc amène la guérison en quelques jours.

Comme nous le disions au début, ces trois observations se superposent.

Dans l'étiologie de ces ostéites limitées, nous trouvons une otite datant de l'enfance dont la marche est lente, insidieuse et se continue sans réaction inflammatoire. Elles s'observent chez des sujets strumeux ou tuberculeux et sont fort probablement des ostéites tuberculeuses. La preuve bactériologique n'a pas pu être faite, car on sait les difficultés de recherche en pareil cas.

Leur siège, dans les trois cas, est remarquable par une identité absolue, c'est le point équatorial postérieur du cadre tympanal. Nous avons cherché, sur des rochers, s'il existait une disposition pouvant favoriser l'infection de ce point spécial. Nous avons vu qu'il correspondait à la région située immédiatement en dedans du massif du facial. Il existe là, sous le tissu compact constituant ce massif, un tissu spongieux qui se relie d'une part en bas au tissu spongieux du récessus hypotympanique, et d'autre part en dehors au tissu spongieux du conduit et qui, dans certains cas, vient servir d'amorce aux cellules limitrophes du conduit. Mais, nous ne pouvons pas dire pourquoi ce point est le réceptacle de cette ostéite qui reste si bien limitée.

Le traitement de ces ostéites est remarquable par sa simplicité et la rapidité du résultat obtenu : c'est le curetage suivi de badigeonnage au chlorure de zinc.

Sarcome ethmoïdal : résection de l'ethmoïde par la voie paranasale. Propagation cérébrale, par H. Caboche (de Paris). — Il s'agit d'un homme de 46 ans atteint de sarcome fasciculé de l'ethmoïde gauche pour lequel l'auteur pratiqua une résection large de l'ethmoïde après résection de la branche montante et de l'os propre et de l'unguis. Le résultat fut excellent pendant cinq mois, quand subitement apparut de l'exophtalmie et le malade mourut dans le coma.

L'auteur insiste sur les points suivants de technique : tamponnement temporaire et préalable du cavum ; conservation, jusqu'à résection complète de la branche montante et de l'os propre du nez, de la muqueuse qui tapisse ces productions. Exploration systématique des cavités annexes pour dépister et traiter les sinusites concomitantes.

Notation graphique du nystagmus vestibulaire pendant la rotation, par Buys (de Liége). — Buys a réussi à enregistrer le nystagmus au moyen d'un appareil à transmission pneumatique. Il se compose essentiellement d'une petite ampoule réceptrice appliquée sur l'œil et d'un tambour de Marey inscrivant sur le kymographe ou tout autre appareil analogue. Il obtint par ce procédé des tracés du nystagmus vestibulaire sur des sujets soumis à la rotation passive dans un fauteuil tournant.

Ces tracés très nets permettent de relever plusieurs particularités qui renseignent sur la physiologie du réflexe nystagmique.

Les anomalies d'orientation et de contour du pavillon, et leur correction chirurgicale, par F. Chavanne (de Lyon). — L'auteur rapporte l'observation et présente les photographies avant et après l'opération d'une énorme malformation congénitale du pavillon se traduisant par une déviation à angle droit, une plicature horizontale, une anomalie de contour par excès de substance cutanée et cartilagineuse, une absence de la racine de l'hélix, une fistule borgne externe.

Il termine l'étude générale qu'il fait à ce propos par les conclusions suivantes :

1° Les anomalies d'orientation et de contour du pavillon sont toutes ou presque, justiciables d'une correction chirurgicale.

2° Le redressement par simple résection cutanée n'est applicable qu'aux déviations peu marquées.

3° Dans les anomalies d'orientation accentuées une large résection cartilagineuse est nécessaire ; on la fera en ménageant absolument la face externe du pavillon ; il est bon, en pareil cas, de faire deux plans de suture, un plan cartilagineux à suture perdue et un plan cutané.

Paralysie centrale des VI^e^ et VII^e^ paires au cours d'une otorrhée, par Jacques (de Nancy). — Un enfant de 18 mois, de souche bacillaire, entre à l'hôpital pour une otorrhée droite accompagnée de paralysie progressive homonyme du facial et du moteur oculaire externe. L'évidement ne révèle que des lésions tympano-antrales limitées à la muqueuse et l'enfant succombe au bout de 6 semaines à des complications pulmonaires. L'autopsie montra une intégrité complète du temporal et de son revêtement dural; les nerfs des VI^e^ et VII^e^ paires du côté malade étaient réduits à des tractus filiformes et totalement dégénérés : un gros tubercule, ramolli au centre et développé dans la moitié droite de la protubérance, avait détruit les noyaux d'orifice. D'autres tubercules étaient disséminés dans l'écorce.

Action des eaux sulfureuses dans la mycose leptothrixique, par E. Bousquet (d'Ax-les-Thermes). — Observation d'un cas de mycose leptothrixique (amygdales, parois latérales du pharynx base de la langue). Traitement exclusif par les eaux sulfureuses. Pas de cautérisation, pas d'extirpation à la pince. Guérison rapide et définitive sans récidive.

Le récurrent est-il un nerf exclusivement moteur? par Broeckæert (de Gand). — Il y a des discordances entre les données expérimentales d'un côté chez le lapin, d'un autre côté chez le chien (Réthi, Schultz et Dorendorf).

Par des dissections fines, portant sur le tronc du récurrent, l'auteur a trouvé que c'est un nerf mixte qui contient en un seul fais-

ceau tous les nerfs moteurs du larynx ainsi que les nerfs moteurs et sensitifs destinés à la trachée et à l'œsophage.

Sinusite maxillaire, par F. Munch (de Paris). — Dans certains cas rebelles aux ponctions diaméatiques, l'auteur recommande la trépanation du méat inférieur sans curetage ; autrefois on aurait fait un Caldwell-Luc ; il vaut mieux cette trépanation simple qui est une opération de cabinet ; on peut la pratiquer facilement en cocaïnisant le nerf maxillaire supérieur au plafond de l'arrière-fond de la fosse ptérygo-maxillaire, en suivant la technique d'Ostwalt ; il suffit d'injecter quelques centigrammes d'une solution faible de cocaïne.

Œsophagoscopie et bronchoscopie, par F. Munch (de Paris). — Dans ces deux interventions l'éclairage constitue la grosse difficulté ; l'auteur propose de porter le foyer lumineux à l'extrémité profonde de l'instrument et il se sert de tubes où la tige porte-lampe est contenue dans un tube accessoire ; ainsi le calibre n'est pas augmenté et on dispose d'un bien meilleur éclairage.

Deux cas d'abcès du cervelet, par Paul Laurens (de Paris).

Exercices acoustiques dans la surdité acquise, par Piaget (de Grenoble)

Phlegmons diffus péripharyngiens, par Bar (de Nice). — Les phlegmons diffus péripharyngiens constituent une entité morbide d'une gravité exceptionnelle, très rare, dont le diagnostic n'est pas toujours facile. A ses débuts, elle ne s'annonce que comme une angine très ordinaire ; elle ressemble ensuite à un phlegmon périamygdalien ; et enfin dans sa période ultime, par suite de l'association possible mais non habituelle de bacilles de Loeffler aux streptocoques, staphylocoques ou diplocoques de Friedlander qui en sont les bactéries primordiales, elle peut être interprétée comme une diphtérie maligne.

Cette maladie reste dans son essence une inflammation phlegmoneuse qui se diffuse dans toutes les parties superficielles et profondes du pharynx, sans limiter en aucun endroit de la région une collection vraiment purulente où on pourrait l'atteindre. Elle tue ainsi à peu près invariablement tous les malades. Le seul cas signalé de guérison est attribué à Spencer (1899) qui après quatre injections de sérum antistreptococcique dans les glandes submaxillaires eut un résultat favorable. L'évolution est très rapide, elle peut même être foudroyante en trois ou quatre jours. Avec les symptômes les plus alarmants de compression de la région, d'hémorragie capillaire, les malades généralement très peu fébricitants, plutôt hypothermiques presque tout le temps de leur maladie, succombent à la septicémie, au collapsus cardiaque.

Nous apportons à ce sujet la relation d'un cas que nous avons observé, attribuable au diplocoque de Friedlander Wieschbaum compliqué à la dernière phase par quelques rares bacilles de Klets Loeffler et qui succomba à un collapsus cardiaque précédé d'hémorragies intestinales.

Les catarrhes des chanteurs, par A. Perretière, de Lyon. — Les altérations catarrhales des premières voies respiratoires sont très fréquentes chez les chanteurs. Leurs causes principales sont d'ordre professionnel : déclassement, surmenage, malmenage vocal (catarrhe de fatigue). Au point de vue anatomique, le catarrhe est identique à lui-même dans les différentes parties des voies aériennes ; son évolution procède par des poussées inflammatoires, marquées par des congestions des muqueuses vocales, qui se compliquent à la longue d'altérations glandulaires. En pratique, le sujet se présente en général avec un passé catarrhal plus ou moins ancien dont une poussée récente vient d'aggraver les symptômes. Suivant la localisation principale du catarrhe, les troubles portent spécialement sur les diverses qualités du son vocal : timbre et résonnance (cavités sus-laryngées), volume et étendue (larynx). En dehors des poussées aiguës, la phonation est relativement satisfaisante. L'amélioration que l'on peut obtenir est rarement définitive en raison de la persistance des influences professionnelles. Le traitement doit être à la fois médicamenteux (général et local), hygiénique et orthophonique.

Hémorragie du sinus caverneux, par A. Molinié (de Marseille). — Chez un homme de 40 ans opéré de trépanation attico-mastoïdienne pour ostéite nécrosante du toit de l'antre et de la caisse, on voit survenir une série d'hémorragies de l'oreille se reproduisant tous les trois ou quatre jours et donnant issue à une quantité considérable de sang (un à deux litres). Le malade succombe avec des phénomènes de pyémie.

A l'autopsie on relève des lésions de tuberculose pulmonaire, de la péricardite suppurée et de la dégénérescence graisseuse du foie. Sur l'os temporal présenté aux membres de la Société, on constate que la paroi supérieure et la pointe du rocher sont atteintes de carie. Ces lésions osseuses ont entraîné l'ulcération du sinus caverneux. Le sang extravasé de ce vaisseau cheminait entre la paroi supérieure du rocher et la face inférieure de la dure-mère correspondante et s'épanchait à l'extérieur du crâne par la perte de substance osseuse existant au niveau du toit de la caisse.

Présentation d'instruments, par G. Mahu (de Paris). — 1° *Ouvre-bouche* genre Doyen, à crémaillère mobile, permettant la mise en place sans secousse et l'enlèvement immédiat ;

2° *Cisaille perforatrice* pour la trépanation du sinus maxillaire par voie endo-nasale ;

3° *Pince à épiglotte* pour le relèvement de cet opercule lorsqu'il masque la vue du larynx.

Appareil prothétique pour voile du palais et larynx artificiel, par Delair (de Paris).

Nouvel inhalateur, par Fournier (de Marseille). — Présenté par Philip (de Bordeaux).

Nystagmographe, par Buys (de Liége).

Photophore de poche, par Trétrôp (d'Anvers).

Transformateur, par Piaget (de Grenoble).

Photographies stéréoscopiques autochromes de pièces anatomiques, par Garel (de Lyon).

TABLE ANALYTIQUE

OREILLES

Abcès cérébral otogène, Wienner. 1038

Abcès cérébral otique, F. Alt. 1039

Abcès cérébral otogène opéré il y a 13 ans, Graham Bucon.... 1040

Abcès cérébelleux otogène avec remarques sur trois cas traités avec succès, Paterson..... 1040

Abcès du cervelet et thrombose du golfe d'origine otique. Ouverture de l'abcès, ouverture du golfe à travers le trou déchiré postérieur. Présentation de la malade guérie, Van den Wildenberg..... 127

Abcès du cerveau, Moure.... 686

Abcès cérébraux d'origine otique avec trois succès, Paterson. 686

Abcès du cerveau d'origine otique, V. Langé..... 680

Abcès sous-aponévrotiques latéro-cervicaux d'origine otogène, Blanco..... 1041

Ablation du cérumen et des corps étrangers du conduit, Mueller. 315

Adéno-phlegmons parotidiens fistulisés dans l'oreille, Broca. 1028

Affections de l'oreille et leurs rapports avec les troubles mentaux, Sohier Bryant..... 1043

Anatomie pathologique de l'oreille dans la syphilis héréditaire, Asaï. 651

Anesthésie cocaïnique des canaux semi-circulaires, Capaldo... 320

Anesthésie locale pour opérations sur la caisse du tympan, M. Boulay..... 679

Anévrisme cirsoïde du pavillon de l'oreille, Serafini..... 1029

Ankylose de l'étrier sans production d'os spongieux, Alwin Markmann..... 317

Anomalies dans la partie mastoïdienne du temporal, A. Ruffini. 674

Atrophie de l'organe de Corti par suite d'hémorragie interstitielle dans le labyrinthe et le nerf acoustique, Tsitovitch..... 1041

Avertissement aux chirurgiens otologistes. G. Alvarez..... 336

Bactériologie de l'otite moyenne aiguë compliquée de mastoïdite purulente, A. Mack..... 323

Balle de schrapnell dans l'oreille. Hémorragie du sinus latéral pendant l'opération. Guérison, V. Sokoloff..... 1030

Canal perforant artériel dans l'écaille du temporal de l'homme, G. Cutore..... 1028

Catarrhe aigu de l'oreille moyenne, Walle..... 324

Chirurgie de la méningite otogène Alexander..... 1022

Chirurgie esthétique et plastique de l'oreille, Goldstein. 530, 873

Cholestéatome de l'oreille moyenne et de la fosse cranienne supérieure guéri depuis huit ans et demi, C. Zimmermann..... 681

Cochléaire (nerf) dans le méat auditif interne, G. Alexander.. 682

Comparaison des symptômes cliniques de la paralysie des noyaux et du tronc du vague récurrent et de l'oculo-moteur, O. Körner. 676

Complications intra-craniennes de la suppuration de l'oreille moyenne, I. S. Kopetsky.. 331
Développement de l'oreille moyenne et de son contenu, Th. Gutherie. 673
Diagnostic et traitement des complications oto-méningées de la fièvre typhoïde, J. Toubert. 392
Emploi de la bougie pour la trompe d'Eustache, R. Lake. 156
Empyème aigu du labyrinthe ethmoïdal avec forte exophtalmie, opération par la voix endo-nasale; guérison, M. Hajek..... 398
Épithélioma du conduit auditif, Pietri..... 1029
Étude clinique sur le nystagmus rythmique provoqué, Maupetit, 305
Étude clinique des névrites aiguës toxiques et infectieuses du nerf acoustique, J. Hegener..... 683
Examen fonctionnel des canaux semi-circulaires par le réflexe nystagmique, A. Hautant.. 320
Formule hématologique au cours des affections de l'oreille et de leurs complications, G. Ostinio. 670
Hémorragie spontanée mortelle de l'oreille, H. Halasz..... 315
Histoire de l'otologie de Politzer, C. Chauveau..... 180, 554
Hypertension artérielle et labyrinthique, Lafite-Dupont... . 683
Images du tympan d'artistes musiciens, Gevers Leuven..... 293
Incision de Wilde, Meren... 1037
Infection de l'oreille pendant 20 ans par un noyau de cerise, Enslemont..... 1031
Inscription photographique des pulsations et des variations présentées dans la colonne d'air du conduit auditif externe, V. Voïatchek..... 675
Intervention immédiate et technique opératoire dans les coups de feu de l'oreille, H. Solau. 1011
Lehrbuch der Ohrenheilkunde für Studierende und Aertze, G. Bœninghaus..... 646
Lésions du labyrinthe non acoustique, A. Torretta..... 502
Localisation ordinaire et localisation non commune de l'abcès cérébral otogène, illustrées par deux cas, avec guérison, Sachs et Berg..... 1037
Maladies de l'oreille et leur traitement, Hartmann..... 976
Lésions mastoïdiennes, Rueda. 328
Méningite et mastoïdite, Piétri et Magne..... 330
Mastoïdite avec complications cérébrales, Knause..... 330
Méningite labyrinthogène, G. Alexander..... 687
Méningite d'origine otique ; opération; guérison, Philip D. Kenison..... 1036
Méningite purulente causée par l'inflammation du labyrinthe, prof. Wittmaak..... 1037
Méthode de Bier dans les suppurations otiques et mastoïdiennes, P. Albert..... 656
Méthodes modernes d'examen de l'appareil vestibulaire et leur signification pratique, Barany. 1042
Néoplasmes de l'oreille interne, Citelli..... 1043
Nystagmus calorique dans un cas de fistule labyrinthique avant et après la production de la fistule, I. Kiproff..... 321
Nystagmus rythmique provoqué en dehors de toute affection pathologique, P. Piétri et Maupetit 322
Nystagmus et oreille interne, F. Lemaître et E. Halphen.... 684
Opération radicale sur l'apophyse mastoïde, opération pour déviations de la cloison du nez et ablation des osselets de l'ouïe, M. F. Tsytovitch..... 1041
Opération radicale bilatérale spécialement au point de vue fonctionnel, Ruttin..... 327
Opportunité opératoire dans l'infection aiguë de l'oreille moyenne, Forns..... 324

Oreille, hygiène, maladies et traitement, M. A. Legrand... 655
Os occipital en otologie et rhinologie, E. de Wolfe Wales..... 316
Ossilectomie dans la cure radicale de l'otorrhée, P. Brunel.... 800
Ostéomyélite des os plats du crâne d'origine otique, Abel..... 1009
Otites à exsudat fibrineux à staphylocoques, P. Richou..... 680
Otite interne aiguë avec compte rendu d'un cas, Stillman.... 334
Otite moyenne tuberculeuse, Bondy. 1030
Otite causée par la scarlatine, Nager..... 1033
Otorrhées chroniques traitées par la photothérapie, Dionisio. 1030
Otorrhée chronique, H.-H.-B. Cunninghaus..... 325
Otorrhée chronique, Cunningham. 326
Paralysie du moteur oculaire externe au cours d'une otite moyenne, Blanc..... 1029
Paroi antérieure du conduit auditif externe et lésions de l'oreille moyenne ; fracture compliquée de cuisse ; mort par gangrène gazeuse (accidents du travail), P. Lande..... 678
Présence de particules spéciales dans le pus des otorrhées chroniques traitées par la photothérapie, Dionisio..... 324
Polype aérien du tympan, Tapia. 678
Position du malade après les opérations sur l'oreille, Mac Kenzie. 769
Pratique de l'otologie dans les armées en campagne, J. Toubert et P. Saltet..... 729
Pseudo-mastoïdite, A.-M. Poutchkovsky..... 685
Pyohémie par otite moyenne aiguë, E. Rimini..... 839
Pyohémie d'origine otique avec abcès cérébraux, Nicolas. 689
Rapports de la forme du lobule de l'oreille avec la tuberculose, G. Rossolino..... 319
Récidives et fausses récidives des mastoïdites, A. Ilié..... 662
Rétrécissements de la trompe d'Eustache et ses conséquences désastreuses dues à l'adhérence dans la fossette de Rosenmüller. Sohier-Bryant..... 1029
Sarcome de l'oreille moyenne, Zebrowski..... 325
Sinus péricranil, Arnheim.... 685
Statistique sur la scarlatine de l'organe de l'ouïe, Nager. 1031
Spina supra meatum, A. Penza. 315
Suppuration et nécrose du labyrinthe. Opération. Guérison, Botey..... 334
Suppurations aiguës de l'oreille moyenne par la stase sanguine d'après Bier, Isemer..... 680
Suppuration chronique moyenne Rupprecht..... 325
Syphilis héréditaire avec troubles auriculaires, Cuicha..... 680
Tératologie auriculaire, G. Vadacca. 673
Théorie de la « corde de piano » de la membrane basilaire, Sohier Bryant..... 1042
Théorie de l'affection scarlatineuse de l'apophyse mastoïde et des cavités accessoires du nez, T. Rüedi 1034
Thrombose du sinus compliquée d'abcès cérébral dans les lobes temporo-sphénoïdaux, Dabney. 333
Thrombose des sinus et pyohémie septique d'origine otique, N. Bélogoiovoff..... 335
Traitement consécutif à la cure radicale de l'otorrhée, Jansen. 327
Traitement opératoire de la phlébite du sinus latéral sans ligature de la veine jugulaire, J. Dundas Grant..... 689
Traitement opératoire du labyrinthe basé sur une expérience de trente cas, E. West et Scott. 691
Traitement non opératoire de l'otite moyenne suppurée, E. Prince Fowler..... 1031
Traitement de la suppuration de l'oreille moyenne, Klotz.. 1031

Traumatisme du temporal, Habermann..... 681
Tumeurs de l'acoustique. Etude clinique et anatomo-pathologique avec une observation personnelle et avec quelque considération sur la fine structure des gliomes en général, G. Alagna..... 750
Vertige avec bourdonnements; destruction du labyrinthe. Guérison, Macleod Yearsley..... 1041
Vertige auriculaire et syndrome de Ménière, W. Wells..... 104

NEZ ET SINUS

Abcès chaud de la cloison nasale d'origine traumatique, G. Laurens. 694
Absence congénitale du cartilage de la cloison nasale, Magne... 336
Affections des cavités accessoires du nez et de l'œil, A. Rosenberg et Baum..... 340
Anesthésie intra-osseuse dans la cure radicale des sinusites maxillaires, Garrot..... 338
Anesthésie locale dans les opérations sur le sinus maxillaire, Gordon King..... 339
Antrites frontales, prof. Gerber. 969
Atrophie symétrique de la peau et du tissu conjonctif sous-cutané sur les côtés latéraux du nez dans l'ozène, prof. V. Okouneff. 1047
Céphalée comme conséquence fréquente d'affections nasales et son traitement, Veckenstedt.... 693
Céphalée par mort du cornet moyen, J.-A. Thompson..... 1044
Contribution au traitement chirurgical de l'hypertrophie du nez, J. Broeckaert..... 696
Coryza aigu, Lévy..... 337
Cysto-sarcome du nez, N. Petroff. 1049
Dent surnuméraire dans une fosse nasale, L.-T. Lévine..... 695
Déformations du nez par les injections de paraffine, A. Ztatovéroff. 1044
Déhiscence des sinus maxillaires, Kanosugi..... 338
Empyèmes chroniques du sinus maxillaire, Cohn..... 1051
Empyèmes du sinus maxillaire d'origine dentaire chez les enfants, Wendling..... 1051
Epistaxis chez un nouveau-né syphilitique, Bauer..... 1046
Etat actuel de la chirurgie endonasale, Finder..... 697
Eternuement, de Champeaux. 1045
Fièvre estivale, A. Friedlanger. 1046
Hémorragie nasale post-opératoire, E. Pynchon..... 1050
Hémostase nasale préventive de l'hémorragie secondaire, E. Escat. 870
Importance de la respiration nasale au point de vue hygiénique. Villar Alobano..... 694
Impotence fonctionnelle complète due à une atrophie nasale provoquée, A. Horiau..... 694
Induration non tuberculeuse de la pointe pulmonaire droite causée par la respiration nasale empêchée, Hofmann..... 1045
Lympho-sarcome des sinus frontaux..... 698
Maladies des cavités accessoires du nez dans la scarlatine, G. Killian. 665
Maladies des organes lacrymaux et de la conjonctive, A. Meyer. 1047
Méningite séreuse compliquant les sinusites frontales suppurées chroniques, Otto Pifl..... 1052
Méthode d'examiner les sinus maxillaires et les sinus frontaux par la lumière diaphane, Vohsen.. 698
Morphologie des cornets, Ingersoll. 1043
Névroses réflexes guéries par le traitement d'affections nasales existantes, Butler..... 1045
Obstruction nasale, Walter Spencer..... 336
Ostéome du frontal, Moure.. 697, 1044
Ouverture intra-nasale du sinus maxillaire, Sturmann..... 339
Pansinusites péri-orbitaires, Vagnou..... 661

Polypes du nez d'après les observations personnelles recueillies de 1896-1906, F. Stephanovsky. 338
Quatre cas de paresthésie nasale, Elias..... 692
Réaction de Wassermann dans l'ozène, E. Eisenleor..... 1047
Recherches expérimentales sur les lésions de la cage thoracique consécutives à l'obstruction des fosses nasales, Chauvet.... 692
Résection de la cloison par la voie nasale ou orale, Brunings... 697
Rhinite atrophique, J. Sendziack. 337
Rhinites professionnelles, Della Vedova..... 1046
Rhinolithes et un cas d'otolithiase, J. Mœller..... 789
Rhinolithes, L. Kocan..... 696
Rhinologie, Finder..... 699
Rhinosclérome dans l'Amérique du Nord, E. Mager..... 1049
Rhinosclérome, sa fréquence, son traitement, prof. Gerber... 695
Sarcome débutant de la cloison; opération radicale, Goris... 561
Serre-nœud nasal, Glegg..... 1053
Simple procédé pour empêcher l'aspiration des ailes du nez, G. Heermann..... 337
Sinusite frontale, C. Ziem..... 58
Sinusites frontales, Berini.... 341
Sinusite frontale méningo-encéphalique, mort, Ramon..... 1052
Sinusite frontale, Dupont... 1295
Suppuration des sinus, Hempel.
Théories pathogéniques de l'ozène, L. Daubigney..... 1008 339
Traitement du coryza aigu, Löny. 1045
Traitement de la sinusite maxillaire, par les lavages diaméatiques, Oudot..... 657
Traitement des sinusites maxillaires chroniques, A. Juin..... 1006
Traitement des sinusites frontales bilatérales par la trépanation médico-frontale et le drainage en Y avec résection de la lame perpendiculaire de l'ethmoïde, M. Martin..... 303
Traitement de la sinusite frontale chronique, M. Brémond... 1004
Traitement opératoire des suppurations des sinus du nez, C. Nourse. 698
Traitement des suppurations des cavités accessoires du nez, M. Hajek..... 20
Traitement des tumeurs tuberculeuses et des ulcérations de la cloison nasale, Beese..... 1048
Traitement des hémorragies nasales, Voorhees..... 1049
Trépanation et curetage du sinus maxillaire par voie nasale, Mahu 1051
Tumeur vasculaire de la tête du cornet inférieur gauche. Opération par la voie de Rouge. Guérison. Examen histologique, E. Bernard..... 696

LARYNX

Abcès latéro-pharyngiens chez l'enfant (abcès de la région styloïdienne), Adrien Moy..... 301
Ablation endolaryngée de polypes, Müller..... 1056
Accès tardifs après l'ablation du larynx, V.-M. Mints..... 344
Actinomycose du larynx, A. Natzler..... 1014
Anévrisme de l'aorte thoracique demeuré latent malgré les recherches les plus minutieuses et dont l'unique manifestation symptomatique fut une paralysie récurrentielle gauche suivie secondairement d'une paralysie de la corde vocale droite, Anglada. 1057
Cancer du larynx, N. M. Volkovitch..... 1056
Cancer du larynx. Etiologie et symptomatologie, C. Biaggi. 656
Cancer du larynx, et fistule œsophagienne, Moure..... 706
Diagnostic précoce et traitement du cancer laryngé, S. M. Bourak. 404, 818
Erysipèle du larynx, G. Solaro. 852

Etiologie des asphyxies tardives après ablation du larynx, V.-M. Mints..... 704
Etiologie et traitement des nodules des cordes vocales trouvés chez les chanteurs, Barth..... 341
Fulguration et laryngotomie dans le cancer du larynx (*Fulguration faite par le Dr Bissérié*), G. Laurens..... 1
Ictus laryngé; complication de la coqueluche chez l'adulte, C. Jourdin..... 186
Interventions dans le cancer du larynx, Compaired..... 456
Kystes, abcès et œdème de l'épiglotte, Henry Iwain..... 1055
Laryngectomie, V.-A. Oppel. 1056
Laryngectomie pour cancer, M.-V. Mints..... 707
Laryngectomie. Présentation de pièces, Pietri..... 707
Laryngite professionnelle, Barth. 1053
Laryngostomie dans les rétrécissements cicatriciels du larynx, Sargnon et Barlatier..... 706
Leucoplasie laryngée, G. Poyet. 290
Maladies du larynx et de la trachée, Cisler..... 292
Manifestations laryngées dans l'ataxie locomotrice et la sclérose en plaques, Freudenthal.... 699
Manuel de laryngologie, G. Garbini. 980
Modifications régressives du cartilage de l'épiglotte et leurs conséquences, Lindmann..... 707
Mort subite par œdème de la glotte, Lande..... 342
Nouvelles contributions à la laryngotrachéostomie, U. Melzi et A. Cagnola..... 477
Papillome du larynx, Quadi... 705
Paralysie des récurrents d'origine périphérique, B. Delavan.. 342
Paralysies du nerf récurrent, O. Körner et M. Sebba 342
Paralysies laryngées d'origine cardiaque, da Gradi et Fratti.. 700
Paralysies récurrentielles d'origine cérébrale, J. Broeckaert.... 700
Participation du larynx aux processus actinomycosiques, prof. Körner..... 1053
Principes fondamentaux dans le traitement de la tuberculose laryngée, S. M. Bourack.... 136
Rapports entre la tuberculose du larynx et la grossesse, E. Glas et E. Kraus..... 1054
Réapparition des accidents laryngés au moment des accidents sériques chez les enfants atteints de croup, Rocaz et P. Carles..... 1055
Régénération d'une corde vocale, après extirpation totale pour cancer, Lannois et Durand.. 706
Rétrécissement du larynx consécutif à la diphtérie, A. Jouty.. 704
Spasme laryngé unilatéral, Menzel. 701
Sténose chronique guérie par laryngotrachéostomie, Melzi et Cagnola..... 344
Sténose cicatricielle du larynx, Vignard et Sargnon..... 343
Sténose laryngée aiguë grave non diphtérique chez l'enfant, par les injections de morphine, Sargnon et Rome..... 702
Symptomatologie de la tuberculose du larynx, Fetterolf..... 1054
Symptômes de lésion récurrentielle, la bradycardie et l'anesthésie du vestibule, T. Mancioli 700
Syndrome d'Avellis, Savonuzzi. 701
Traitement appliqué à quatre enfants atteints de papillomes du larynx et de la trachée, Van den Wildenberg..... 485
Traitement du cancer du larynx, J. Sendziack..... 345
Traumatisme du larynx au point de vue médico-légal, Heuduck. 705
Tuberculose laryngée et syphilis méconnue. Evolution et traitement, Dubar..... 705
Tuberculose primitive du larynx. Trachéotomie. Guérison définitive par la galvanoscopie, par Roure. 843

PHARYNX

Abcès péri-amygdaliens et intra-amygdaliens par adénoïdes, Certain..... 1060

Ablation d'un polype naso-pharyngien ayant envahi tous les sinus de la face, Doyen..... 710
Affection non décrite que nous proposons de nommer : fissure du pharynx, A. Maurice..... 897
Amygdalite lacunaire caséeuse ou amygdalite cryptique, Georges Laurens..... 1058
Amygdale considérée d'un point de vue évolutioniste, F. Wright, 347
Amygdalotome à anse, C. von Stein. 711
Anatomie des vaisseaux lymphatiques et sanguins des amygdales, K. Orléansky..... 347
Anatomie de l'espace maxillo-amygdalien, région sous-angulo-maxillaire, P. Descomps..... 298
Angine de Vincent à marche chronique, S. Pusateri..... 709
Angine et tuberculose miliaire, par Lublinsky..... 348
Application du procédé palatin pour l'ablation de tumeurs naso-pharyngiennes, M. Nourok..... 710
Bactériologie des abcès amygdaliens et péri-amygdaliens, Piétri. 349
Cas de pseudoleucémie ou lymphadénie d'origine amygdalienne, Delie..... 349
Charbon des amygdales, D. Nouvy et Haida..... 709
Constitution morphologique du sang chez les adénoïdiens et les modifications de la constitution du sang et de la circulation chez les chiens dont le nez est tamponné, Chapiro..... 664
Corps étrangers du pharynx, extraction avec utilisation de la position de Rose..... 1061
Démonstration d'une tuberculose primitive des amygdales, par Goris..... 188
Diagnostic clinique de la tuberculose des amygdales, suivi de quelques remarques sur le diagnostic microscopique, Lee W. Hurd et Jonathan Wright.. 774
Exclusion des voies respiratoires dans l'ablation du cancer du voile du pharynx et de la bouche, Durand..... 352
Fragment de la curette de Gottstein avalé par un enfant de 26 mois, et rendu dans les selles, C. Chauveau..... 561
Fréquence des adénoïdiens, rapport des végétations adénoïdes avec l'augmentation de volume des amygdales palatines et avec la forme de la tête, T.-E. Gavriloff. 348
Hypertrophie aiguë, unilatérale et récidivante des amygdales palatines avec examen histo-pathologique, F. Munch..... 708
Influence réflexe des végétations adénoïdes, L. Emis..... 710
Méthodes de traitement des tumeurs de l'espace naso-pharyngien, A. Schliebs..... 1012
Méthode opératoire plastique par les oblitérations du naso-pharynx, Maljutin..... 352
Méthodes opératoires employées pour l'ablation des fibromes naso-pharyngiens, R. Rister.... 1062
Migration d'un fragment de tissu à travers la trompe d'Eustache après l'ablation des végétations adénoïdes, E. Kronenberg.. 351
Neurasthénie dans ses rapports avec les rhino-pharyngites chroniques, Royet..... 47
Oblitération congénitale des choanes, Quadi..... 708
Observation sur la structure des amygdales palatines, Alagna. 708
Obturation des pertes de substance du palais, V. Issaïeff..... 1058
Opérations pour tumeurs naso-pharyngiennes, Kobylinsky.... 351
Ostéo-chondrome naso-pharyngien, Moure..... 711
Papillome de l'amygdale, Philip. 351
Pathologie de l'amygdale palatine, Babitt..... 351
Pemphigus foliacé du pharynx et du larynx chez un homme de 53 ans, Herzfeld..... 1058
Pneumonie associée à l'inflammation des tumeurs adénoïdes, Beco 1061

Pharyngo-laryngite ulcéreuse de la fièvre typhoïde, considérations générales, observations, Clauda. 518
Polype naso-pharyngé, L. Sune y Medan..... 1061
Relation d'un cas d'insuffisance vélo-palatine, Rouvillois... 709
Symphyse palato-pharyngienne avec prothèse immédiate et permanente, C.-J. Kœnig..... 898
Traitement de la diphtérie primitive de l'amygdale pharyngée, Giresse..... 306
Trois de cas gangrène primitive du pharynx. Guérison d'un cas par injections de sérum antistreptococcique, Citelli..... 66
Trois cas de sporotrichose dermo-hypodermique dont un avec lésions du pharynx et du tibia, G. Thibierge et P. Gartimel. 1062
Tuberculose du naso-pharynx, P.-H. Abercrombie..... 709
Tuberculose galopante des amygdales, R. Malterre..... 663
Tuberculose amygdalienne primitive, Goris..... 709

BOUCHE

Actinomycose sous-maxillaire, Alamartine..... 353
Affection de la région sous-maxillaire d'interprétation peu facile, Fioravanti..... 712
Affections des alvéoles dentaires-Haskin..... 1064,
Antrax bénin surtout de la face, G. d'Ajutolo..... 1065
Actinomycose de la joue, Moure et Pietri..... 1065
Cheiloplastie par la méthode de Stein, Hald..... 1062
Etiologie parasitaire de l'exfoliation en aires de la langue, A. de Simoni..... 431
Glandes salivaires chez les animaux enragés, V. Podvysotsky.. 1065
Hémiatrophie faciale traitée par les injections de paraffine, Menier..... 558
Macroglossie chez un enfant de 5 ans, G. Demenkiew..... 711
Mélanotrichie linguale, V. Okuneff 711
Mal perforant buccal d'origine tabétique, Brindel..... 1064
Névralgie du trijumeau guérie par la galvanisation par voie buccale, V. Visek..... 1064
Névralgies dentaires et particulièrement l'otalgie dentaire, F. Muller..... 1063
Relation d'un cas de fibromyxome du maxillaire supérieur gauche comprenant le bord alvéolaire, le plancher, les parois antérieures et postérieures de cet os. Durée 6 ans, W.-H. Haskin..... 354
Résection du maxillaire supérieur pour le cancer du sinus, A. Jouty..... 448
Tumeurs amyloïdes de la langue, Heller..... 354
Ulcérations bucco-pharyngées de la fièvre typhoïde, Trouilleur. 721

AUDITION
SURDI-MUTITÉ

Acoumétrie pratique, P. Bonnier. 159
Acoumétrie d'après de nouvelles méthodes, Gradenigo..... 627
Contribution à la connaissance de la surdi-mutité dégénérative héréditaire. Sur un lien probable entre la « surdité héréditaire » et l'« ataxie héréditaire », V. Hammerschlag..... 354
Degrés de surdité dans les perforations du tympan, Sune y Molist, 356
Guérison d'un sourd-muet d'après Dickens, Menier..... 902
Importance du microphone pour l'examen fonctionnel de l'audition, prof. Gherardo Ferreri. 521
Labyrinthe, organe du sens mathématique de l'espace et du tems, Cyon..... 997
Lampe électrique et cinématographe dans l'enseignement des sourds-muets, E. Rodziszewski. 1068

Lésions du labyrinthe non acoustique, démontrées par des recherches expérimentales et cliniques, prof. A. Torretta... 805
Nouveau dynamométrographe universel et nouvel ergographe et leur importance pour le diagnostic des désordres du labyrinthe, S. von Stein..... 164
Organe de l'ouïe des oiseaux, J. Breuer 289
Phonation et audition à propos de la sirène à voyelles, Marichelle. 1067
Physiologie et examen physique des canaux semi-circulaires, Barany..... 273
Procédés d'examen du labyrinthe et importance clinique, C. Bélinoff. 713
Rapports de la surdité labyrinthique chronique progressive avec la maladie de Ménière, F. Alexander et P. Manassé..... 371
Sarah Fuller et Helen Keilen, Legrand..... 1067
Suppuration labyrinthique et ouïe.
Remarques sur la monographie de Herzog portant le même titre, V. Hinsberg..... 714
Surdité et perméabilité nasale chez les enfants des écoles, A. Courtade 369
Traitement de la surdité catarrhale, Jerocy..... 1067

ORTHOPHONIE

Bégaiement. la parole dans les fissures vélo-palatines, zézaiement, Mme Emil Behnke..... 652
Contribution à l'étude du mécanisme de la voix de poitrine et de la voix de fausset, Fischer et Möller..... 358
Contrôle et correction de l'émission vocale, A. Zund-Burguet... 538
Essais sur la voix, A. Thooris. 173, 516, 875
Fatigue laryngée, A. Perretière. 715
Phonasthénie chez les chanteurs, Imhofer..... 1066
Phonétique expérimentale considérée du point de vue médical, Zwaardemaker..... 855
Physiologie de la voix et de la parole, Hermann Gutzmann.. 979
Production de la voix, Hudson Makuen 359
Troubles de la parole chez l'enfant. Bégaiement et blésités : leur correction, E. Drouot..... 884
Troubles de la voix dans les diverses affections de l'état général, W. Wells..... 358
Voix de basse chez une jeune fille, M. Scheier..... 1066

TRACHÉE; CORPS THYROÏDE; ŒSOPHAGE

Abcès prétrachéal dans un cas de scarlatine, Giosseffi..... 1069
Actinomycose cervicale, Delore 719
Anévrismes aortiques dans l'étiologie des spasmes et des sténoses à forme grave de l'œsophage, Guisez.. 1070
Autoplastie trachéale, von Saar. 360
Calcul bronchique, Kraus.... 716
Corps étranger dans une bronche enlevé par la méthode bronchoscopique, Meyer..... 717
Corps étrangers de la trachée chez les enfants, V. Marcouson.. 716
Corps étrangers de la trachée, T. Krasnobaeff..... 1068
Corps étrangers dans l'œsophage, Ach. Munique..... 1070
Corps étrangers de l'estomac et de l'œsophage, Denhaus..... 1070
Corps étranger bronchial, R.Botey 847
Corps étrangers avec sténose bronchique, C. Killian et W. Brünings 307
Corps étrangers enclavés dans l'œsophage (arête, dentier, bouton de corozo), Guisez..... 361
Cuarto extraite par œsophagoscopie, Tapia..... 361
Diagnostic des affections œsophagiennes par l'œsophagoscopie, de Cigna..... 789

Endoscopie directe et tout particulièrement de son application en laryngologie (suite), Sargnon. 464
Extraction d'un dentier de l'œsophage grâce à l'œsophagoscopie, Laffite-Dupont..... 719
Faits de trachéobronchoscopie, diagnostic et thérapeutique d'affections intra-thoraciques peu connues, J. Guisez..... 421
Fève de la bronche gauche par le bronchoscope, Cohen..... 360
Fistule œsophagienne spontanée consécutive à un épithéliome envahissant le larynx, Moure. 718
Goitre calcifié, Rocher..... 360
Kystes mucoïdes de l'espace thyro-hyoïdien, Broeckaert..... 1069
Nanisme et crétinisme d'origine thyroïdienne sans myxœdème, Commandeur et Trillat..... 360
Nerfs vaso-moteurs du corps thyroïde, Sinakevitch..... 717
Nouveau tube-guide pour la trachéobronchoscopie directe, V. de Cigna..... 295
Observation sur les glandes thyroïde et parathyroïde, Tuholake 1069
Pathologie de la muqueuse œsophagienne, Lindemann..... 360
Périchondrite trachéale d'origine grippale, Piétri..... 359
Phlegmons du cou d'origine buccopharyngée (suite), Broeckaert. 95
Physiologie de l'œsophage, P. Nadal..... 718
Technique de l'œsophagoscopie, Kölliker..... 718
Technique de l'œsophagoscopie, P. Revidsoff..... 1071
Trachéo-bronchoscopie dans les cas de goitre, Tsitovitch..... 1069
Traitement des rétrécissements cicatriciels de l'œsophage par le bougirage rétrograde sans fin, en employant des tubes coniques, Lieblein..... 362
Valeur pratique de l'œsophagoscopie, Botella..... 112, 493

THÉRAPEUTIQUE

Adrénaline comme cause d'artériosclérose, Hopkins..... 1073
Bioxyde d'hydrogène en otothérapie, Forns..... 362
Emploi de la morphine en thérapeutique infantile, Lesage et Cléret..... 1071
Inhalations de saponine dans les affections des voies respiratoires supérieures, Zickgraf..... 722
Méthode conservatrice dans le traitement de certaines affections du nez et des oreilles, Harry L. Myers 363
Méthode de Bier en oto-rhino-laryngologie, prof. Gaudier... 720
Nouveau scarificateur et porte-caustique laryngien, A. Maurice. 170
Nouveau traitement de l'asthme bronchique, Gimzel..... 362
Nouveau médicament contre la coqueluche, V. Kaupe..... 1071
Ouvre-bouche automatique, Plien. 1072
Paraffine pour les prothèses, S. Stein..... 363
Pince pour l'ablation sous-muqueuse de l'épine maxillaire, A.-J. Huet..... 172
Radiothérapie des tumeurs malignes des voies aériennes supérieures, Mader..... 105
Rœntgenthérapie dans le lupus érythémateux, Amerio..... 719
Traitement de la diphtérie d'après les expériences faites pendant les années 1900-1904 dans l'hôpital Augusta à Cologne, Berlin. 1073
Traitement chirurgical de la tuberculose des voies aériennes supérieures et de l'oreille, Robert Levy..... 721
Tube pour l'auto-insufflation de vapeurs médicamenteuses dans l'oreille moyenne, Wood... 721
Thiosinamine en otologie, A. Martin et Pont de Boter..... 1071
Traitement des catarrhes aigus du nez et du pharynx, Schmidt. 720

SOCIÉTÉS SAVANTES

I. — *Académie de médecine de New-York.* — Section d'otologie. — Séance du 14 février 1908. — Un nouveau moteur électrique pour la chirurgie du crâne, Sohier-Bryant, 249. — Nouvelle lampe électrique (lumière de Tantale), Haskin, 250. — Cas de carcinome issu du conduit auditif externe, Gruening, 250. — Quatre cas d'ossiculectomie, W.-H. Haskin, 250. — Cas de bruits objectifs dus à un tic convulsif du tenseur et de l'élévateur du voile, G.-B. Mac Auliffe, 251. — Un cas de méningite d'origine otique. Opération, guérison, P.-D. Kerrisson, 252. — Cas d'abcès cérébral avec aphasie, B.-F. Knause, 252.

Séance du 9 octobre. — Relation de deux cas de thrombose du sinus atypique, J.-J. Kopetzky, 610. — Cas de thrombose du sinus, A.-P. Voislawsky, 611. — L'application des tableaux d'Arneth pour l'analyse du sang dans le diagnostic des états mastoïdiens obscurs, R. Milligan, 612.

II. — *Académie de médecine de New-York.* — Section de laryngologie et de rhinologie. — Séance du 25 novembre 1908. — Cancer du larynx ; laryngectomie après une observation pendant douze années, Harmon Smith, 909. — Mycosis, J.-H. Abraham, 912 — Etude sur les relations anatomiques du nerf optique avec les cavités accessoires du nez, Hanan W. Loeb, 912.

III. — *Académie de médecine de Torento.* — Section d'ophtalmologie et de laryngologie. — Séance du 19 novembre 1908 —. Histoire d'un malade porteur d'hyperplasie nasale avec participation de toutes les parties, dos, cornets, cloison, Geoffrey Boyd, 929. — Hyperthermie et mort après l'amygdalotomie, D. J. G. Wishart, 929. — Femme de 30 ans porteuse d'une fistule frontale opératoire avec production de croûtes fétides dans le nez et déviation de la cloison, P. Smith, 930. — Affection laryngée présentée pour diagnostic, P. Goldsmith, 930. — Déviation prononcée de la cloison opérée et guérie, P. Brown, 931.

Séance du 17 décembre 1908. — Le traitement de la suppuration chronique de l'antre d'Highmore, G.-R. Mc Donagh, 931.

IV. — *Académie médico-chirurgicale espagnole.* — Section d'oto-rhino-laryngologie. — Séance du 28 février 1908. — Paralysie faciale d'origine otique ; guérison sans opération, E. Botella, 258. — Rhéostat de poche pour endoscopie, Tapia, 259.

Séance du 16 mars. — Deux cas de mastoïdites suppurées sans otites, Tapia, 259.

Séance du 30 mars. — Sténose œsophagienne infranchissable guérie par l'œsophagoscopie, Goyanez, 260.

Séance du 11 janvier 1909. — Un cas de fistule broncho-cutanée, Goyanez, 617.

Séance du 7 décembre 1908. — Echinocoque du sinus frontal, Goyanez, 934.

Séance du 14 décembre. — Evolution anormale d'une otite moyenne, Rueda, 935. — L'incision de Wilde en chirurgie auriculaire, Irneste, 936.

V. — *Académie royale de médecine espagnole.* — Méningite pneumococcique d'origine otique, Codisia, 265.

Séance du 6 février. — Sifflet en roseau logé dans la bronche et extrait par bronchoscopie, Botella, 950.

VI. — *Deuxième Congrès espagnol de chirurgie.* — La trachéotomie et le tubage laryngé dans les processus laryngés ou trachéo-bronchiques, qu'ils soient ou non de nature diphtérique, Llorente, 269. — Sur quelques points de technique opératoire de la cavité buccale, Rivera, 269. — Valeur pratique de l'œsophagoscopie, E. Botella, 269. — Sur quelques modifications dans la technique de l'extirpation totale du larynx, E. Botella, 269. — Présentation d'un trocart aspira-

teur pharyngien, Barajas, 271. — Contribution à l'étude du traitement chirurgical des labyrinthites, Tapia, 272.

VII. — *Vingt et unième Congrès français de chirurgie.* — Partie oto-rhino-laryngologique. — Séance des 5-10 octobre 1908. — Derniers faits de trachéo-bronchoscopie et d'œsophagoscopie pour extraction de corps étrangers bronchiques et œsophagiens. Diagnostic et thérapeutique endoscopique, Guisez, 621. — Traitement post-opératoire des évidements mastoïdiens, Raugé, 622. — Troubles oculo-moteurs d'origine otique, Raugé, 623.

VIII. — *Deuxième Congrès de la Société internationale de chirurgie.* — Séances des 21-25 septembre 1908. — Communications relatives à l'oto-rhino-laryngologie, 623. — Traitement du cancer des lèvres, 623. — Cancer de la bouche et de la langue, Collins Warren, 624. — Traitement du cancer des fosses nasales, du pharynx et du larynx, Glück, 625. — Traitement des cancers inopérables, Moris, 626.

IX. — *XII^e Congrès de la Société italienne de laryngologie, otologie et rhinologie.* — Sur deux symptômes de lésion du nerf récurrent (brachycardie et anesthésie du vestibule), T. Mancioli 194. — Abcès otique du lobe temporo-sphénoïdal gauche opéré et guéri depuis plus d'un an, C. Poli, 194. — Résultats de l'examen préventif de l'oreille chez les travailleurs sous pression, C. Poli, 195. — Un troisième cas de syndrome de Gradenigo, Citelli, 195. — Une nouvelle méthode de préparation microscopique des pièces d'examen de l'oreille moyenne et interne, Citelli, 196. — Cholestéatome de l'oreille moyenne avec abcès cérébelleux formé à travers l'aqueduc du vestibule, Citelli, 196. — Un cas d'abcès de la pointe de la mastoïde avec abcès profond du cou dû à une périsinusite, Citelli, 197. — Mucocèle frontale suppurée traitée par la méthode proposée l'année dernière par l'auteur : obturation du sinus avec la paraffine aseptique et antiseptique, Citelli, 197. — Trois cas de gangrène primitive des amygdales, Citelli, 197. — Pyohémie otique avec abcès métastatiques multiples, prof. C. Poli, 197. — Expertises médico-légales dans les affections auriculaires des accidents du travail, prof. Ostino, 198. — Expertises médico-légales des affections de l'organe acoustique, dans les assurances sur la vie, Mancioli, 198. — Abcès profond du cou consécutif à une amygdalite chronique réchauffée, prof. Tommasi, 198. — Un troisième cas de paralysie de l'abducens au cours d'une otite moyenne aiguë purulente. Mastoïdectomie ; guérison, Tommasi, 199. — Démonstration de la méthode pratique de l'épreuve des diapasons et de la détermination du pouvoir auditif, Tommasi, 199. — Blessures d'armes à feu de l'oreille, Maltese, 199. — Tumeurs malignes de la région mastoïdienne, Bruzzone, 199. — Modifications de la flore bactérienne du nez selon les saisons et les altitudes, Marchesa, 199. — Etude hématologique dans les cas de lésions purulentes mastoïdiennes opérées, Caldera, 200. — L'emploi de la thiosinamine dans les maladies de l'oreille, Balla, 200. — Jugement médico-légal des défauts acoustiques dans quelques professions et charges publiques, Meddu, 200. — Une petite épidémie d'appendicite étudiée en relation avec l'anneau lymphatique de Waldeyer, Meddu, 200. — Un cas de méningite cérébro-spinale d'origine pharyngée, Meddu, 201. — Polypes du nez avec abolition pendant longtemps de la respiration nasale, Meddu, 201. — Importance de la recherche du treponema pallida pour le diagnostic étiologique des maladies du nez, de la gorge et de l'oreille, Meddu, 201. — L'énurèse dans ses rapports avec l'oto-rhino-laryngologie, Meddu, 201. — Un cas de paralysie de l'abducteur d'origine otique, Gavello, 202. — Le traitement des fibromes naso-pharyngiens avec la fibrolysine, Gavello, 202. — Tuberculose de l'oreille, Gavello, 202. — Considérations sur les corps étrangers

du larynx, Gavello, 202. — Tumeurs de l'épiglotte, Gavello, 202. — Démonstrations pratiques de méthodes acoumétriques, Gradenigo, 202. — Sur la laryngostomie et la laryngofissure et sur la trachéotomie, Gradenigo, 203. — Poliphobie avec d'autres troubles nerveux chez un rhinopathe, d'Ajutolo, 203. — Notes sur quelques anomalies de la sensibilité électro-cutanée, d'Ajutolo, 203. — Quelques mots sur le traitement du favus bénin, en particulier du visage, d'Ajutolo, 203. — Phénomènes septiques du larynx consécutifs à une septicémie streptococcique, Rugani, 203. — Nouvel amygdalotome, Mongardi, 203. — Pneumo-massage tubaire aéro-thermique, Mongardi, 203. — Polypes saignants de la cloison, Bruzzone, 587. — Blessures du larynx, Finaroli, 587. — Abcès du cou consécutifs aux lésions auriculaires, Calamida, 588. — Lésions traumatiques du larynx, Calamida, 588. — Sur l'importance de l'examen leucocytaire dans les affections purulentes de l'oreille et leurs complications, Solaro, 588. — Les méthodes d'Eeman et de Roy dans le traitement consécutif aux opérations radicales sur l'oreille moyenne, Staurenghi 588. — Sur la technique de la laryngostomie, Ferreri, 588. — Technique opératoire pour l'exentération de la caisse du tympan, Ferreri, 589. — La radiographie dans les études topographiques de l'organe auditif, Ferreri, 589. — Sur l'importance du microphone dans l'examen fonctionnel de l'ouïe, Ferreri, 589. — Syndrome de Hughings-Jackson, Nicolaï, 589. — Nouvelle méthode de traitement de l'amygdale lacunaire aiguë, Hahn, 590. — Sur la galvano-caustie dans le traitement de la tuberculose du larynx, Hahn, 590. — Sur la rhino-pharyngite méningococcique, Putelli, 590. — Amygdale de Luschka. Canal cranio-pharyngé et hypophyse, Poppi, 590. — Sur un cas d'adéno-carcinome de l'amygdale opéré il y a cinq ans, Citelli, 591. — Hypophysectomie dans l'acromégalie, Nicolaï, 591. — Carcinome du palais et de l'amygdale guéri par les radiations, Dionisio, 591. — Sur la présence des corpuscules noirâtres dans le pus des suppurations chroniques de l'oreille guéris par la méthode radiothérapique, Dionisio, 591. — Contribution à l'extraction des monnaies tombées dans l'œsophage, Cagnola, 591. — L'alypine dans la pratique oto-rhino-laryngologique, Staurenghi, 591. — Présentation de quelques instruments, de Cigna, 591. — Infections de l'organisme par l'intermédiaire de l'anneau de Waldeyer, Putelli, 591. — Le diagnostic par la vue des lésions œsophagiennes, de Cigna, de Gênes, 592. — Hémiplégie laryngée double. Cordectomie, Nicolaï, 592. — Œsophagostomie interne et électrolyse dans les sténoses de l'œsophage, Nicolaï, 592. — Ostéomyélite du temporal, Piotti, 592. — Nouvelle méthode pour dépister la simulation de la surdité, Ostino, 592. — Contribution à la plastique du pavillon de l'oreille, Tonietti, 592. — Un cas de surdité hystérique, Tormene, 593. — Bourdonnement auriculaire par corne cutanée de l'incisure intertragienne, Tormene, 593. — Phénomènes multiples produits par un gros rhinolithe, Tormene, 593. — Sur la résistance globulaire dans les végétations adénoïdes et dans les sténoses nasales, Tormene, 593. — Kératose pharyngée, Nicolaï, 593. — Sur deux cas de convulsions à type épileptique consécutifs à un tamponnement nasal, Menzotti, 593. — Sur un cas de spasme de la glotte, Menzotti, 593.

X. — *Congrès médical d'Australie.* — Section d'otologie. — Discussion sur le traitement des suppurations des sinus accessoires, Kent Hughes, 268. — Sur les variations du trajet du facial, Russell Nolan, 268. — Sur le traitement des déviations de la cloison nasale, Brady, 268.

XI. — *Premier Congrès russe d'oto-laryngologie.* — Séance, 27 décembre 1908, soir, 905. — Au sujet de la séméiologie des affections du labyrinthe. Nouvelle fonction du labyrinthe, C. von Stein, 905. — Au sujet des injections de paraf-

fine, S. Bourack, 905. — La laryngostomie dans des cas de périchondrite du larynx, A. Ivanoff, 906. — Traitement de l'ozène par des injections de paraffine, L. Svergevsky, 906.

Séance du 28 décembre 1908, matin, 906. — Situation anormale de l'oto-laryngologie en Russie, et mesures à prendre pour la régulariser, prof. V. Okuneff, 906. — Sur l'organisation d'une Société oto-laryngologique de Russie, L. Levine, 906. — Sur les questions des Congrès oto-laryngologiques, A. Ivanoff, 907. — Maladies des oreilles chez les conscrits, Jurgens, 907.

Séance du 28 décembre 1909, soir, 907. — Rapports entre les affections du nez et celles de l'œil, L. Svergevsky, 907. — Indications de l'amygdalotomie et hémorragies consécutives, A. Skrypt, 908. — Traitement de la surdité chronique et des bruits subjectifs par les vibrations combinées avec le cornet métallique, C. Préobragensky, 908. — Rapports entre l'hypertrophie de l'amygdale pharyngienne et le développement de l'organisme chez les écoliers, T. Gavriloff, 909. — Influence de l'hypertrophie de l'amygdale pharyngienne sur les affections des oreilles, T. Gavriloff, 909.

XII. — *Congrès de la société française de laryngologie, d'otologie et de rhinologie* (session de 1909). — Compte rendu par A.-R. Salamo — Séance du lundi 10 mai. — Surdité et obstruction nasale, Brindel, 1082. — Sarcome de la fosse nasale, opération de Moure, F. Furet, 1082. — Tumeurs tuberculeuses des fosses nasales, F. Chavanne, 1083. — Quelques cas de cure radicale de sinusite maxillaire chronique par la voie nasale, G. Mahu, 1084. — Cure de la sinusite maxillaire par voie nasale, L. Vacher, 1084. — Œsophagoscopie et électrolyse dans un cas de rétrécissement œsophagien, Gault, 1088. — Corps étrangers de l'œsophage ; œsophagoscopie, E.-J. Moure, 1088.

Séance du 10 mai (après-midi). — Etat actuel de la laryngostomie, Sargnon, 1089. — Quelques inconvénients de la résection sous-muqueuse de la cloison, Mermod, 1089. — Traitement des malformations de la cloison par les procédés sous-muqueux ; résultats éloignés, Rouvillois et Sieur, 1090. — Prothèse immédiate de la symphyse palato-pharyngienne, Kœnig, 1091. — Pathogénie et traitement de l'ozène, H. Lavrand, 1091. — Polypes kystiques à répétition du nez donnant lieu à des écoulements muqueux nombreux et abondants, paraissant par leur structure avoir leur point de départ dans le sinus maxillaire, P. Viollet, 1093. — Ulcère streptococcique du voile, Jacques, 1094. — Des méfaits des amygdales enchatonnées chez l'adulte, Trétrôp, 1094. — Calculs du canal de Warthon, Malherbe, 1095. — Forme aiguë des sinusites, Rivière, 1095.

Séance du 11 mai 1909. — Rapport sur les œdèmes du larynx, H. Bourgeois et L. Egger, 1096. — Faits de trachéo-bronchoscopie, Guisez, 1117. — Rétrécissements cicatriciels à forme et à type anormal, Guisez, 1118. — Evolution intra-cranienne des polypes fibreux naso-pharyngiens, Gaudier, 1120. — Cancer du larynx siégeant sur le repli aryténo-épiglottique gauche. Opération endo-laryngée ; guérison, J. Garel, 1120. — Traitement du cancer laryngé par la fulguration, G. Laurens, 1120. — Un cas de laryngectomie, Gault, 1121.

Séance du 12 mai 1909. — Rapport de l'examen fonctionnel du labyrinthe, Moure, 1122. — Tumeurs kératinisantes du larynx, André Castex, 1134. — Les épreuves vestibulaires dans les labyrinthites hérédo-syphilitiques, Hennebert, 1135. — Quelques cas de labyrinthites, Trétrôp, 1136. — Volumineux abcès de l'hémisphère cérébelleux gauche. Trépanation large au niveau de la mastoïde. Mort consécutive, Labarrière, 1136. — Kyste du cervelet s'étant manifesté dans le cours d'une otite moyenne suppurée. Examen nystagmique. Autopsie, Texier, 1136. — Deux cas d'intervention pour tumeurs de l'angle ponto-

cérébelleux (tumeurs de l'acoustique), Lannois et Durand, 1137. — De la zone pétreuse intersinuso-auditive; voie de propagation des suppurations de l'oreille moyenne dans la fosse cérébelleuse, Mouret, 1138.

Séance du 13 mai 1909. — Quelques considérations sur la respiration diaphragmatique basée sur les recherches graphiques et radioscopiques, A. Thooris, 1140. — Sur un cas d'immobilisation post-traumatique de la corde vocale droite, J. Labouré, 1141. — Formations nodulaires d'origine glandulaire dans les polypes du nez, Lannois, 1141. — Nouvelle technique opératoire pour l'ouverture du labyrinthe, Bourguet, 1141. — Zona otique, M. Mignon, 1141. — Nouvelle méthode d'anesthésie de la membrane du tympan, Kœnig, 1142. — Un cas de mastoïdite sans otite, Mossé, 1142. — Un cas de mastoïdite post-typhique, Mossé, 1142. — L'électrargol dans l'otorrhée, Mossé, 1142. — Nouvel appareil acoustique, Laimé, 1142. — Ostéites limitées de l'oreille moyenne, Lafite-Dupont, 1143. — Sarcome ethmoïdal : résection de l'ethmoïde par la voie paranasale. Propagation cérébrale, H. Caboche, 1144. — Notation graphique du nystagmus vestibulaire pendant la rotation, Buys, 1144. — Les anomalies d'orientation et de contour du pavillon, et leur correction chirurgicale, F. Chavanne, 1145. — Paralysie centrale des VI[e] et VII[e] paires au cours d'une otorrhée, Jacques, 1145. — Action des eaux sulfureuses dans la mycose leptothrixique, E. Bousquet, 1145. — Le récurrent est-il un nerf exclusivement moteur ? Broeckaert, 1145. — Sinusite maxillaire-F. Munch, 1146. — Œsophagoscopie et bronchoscopie, F. Munch, 1146. — Deux cas d'abcès du cervelet, P. Laurens, 1146. — Exercices acoustiques dans la surdité acquise, Piaget, 1146. — Phlegmons diffus péripharyngiens, Bar, 1146. — Les catarrhes des chanteurs, A. Perretière, 1147. — Hémorragie du sinus caverneux, A. Molinié, 1147. — Présentation d'instruments, G. Mahu, 1147. — Appareil prothétique pour voile du palais et larynx artificiel, Delair, 1148. — Nouvel inhalateur, Fournier, 1148. — Nystagmographe, Buys, 1148. — Photophore de poche, Trétrôp, 1148. — Transformateur, Piaget, 1148. — Photographies stéréoscopiques autochromes de pièces anatomiques, Garel, 1148.

XIII. — *30[e] réunion annuelle de la Société américaine de laryngologie*. — Montréal, 11, 12 et 13 mai 1908. — Un cas de papillome sous-glottique guéri par fissure-laryngo-trachéale, Th. Harris, 242. — Un cas de kyste branchiogène, Th. Harris, 212. — Forme hypertrophique rare de syphilis portant sur la gorge et l'épiglotte, W.-F. Chappell, 212. — Quelques points négligés dans l'anatomie du pharynx, Randall, 213. — Traitement de l'hypertrophie amygdalienne inopérable par injections interstitielles de nitrate d'argent, Goodale, 213. — La question du rhumatisme et de son origine due à l'infection tonsillaire, G.-H. Hope, 213. — Sténose laryngée chez l'adulte traitée par le tubage ; port continuel du tube pendant quatre ans, Simpson, 213. — Lésions membraneuses tertiaires du pharynx, des amygdales, de la bouche et du voile, ressemblant à de l'angine de Vincent. Compte rendu de trois cas, Braden-Kyle, 213. — Papillomes multiples du larynx chez les enfants, H. Smidt, 213. — Sarcome de l'amygdale. Compte rendu d'un cas. Opération. Examen anatomo-pathologique, J.-E. Rhodes, 214. — L'influence de l'adrénaline dans la production de l'artério-sclérose, F.-E. Hopkins, 214. — Extraction d'un corps étranger (grain de blé) de la trachée d'un enfant de six ans, J.-H. Bryan, 214. — Expérience personnelle dans l'emploi de la bronchoscopie, œsophagoscopie et gastroscopie avec compte rendu de 14 cas, Halsted, 214. — Quelques principes chirurgicaux essentiels pour le traitement de l'empyème du sinus frontal, F. Barnhill, 214. — Nombreux détails sur un cas de sclérome trachéal déjà présenté à la Société, Mayer, 215. — Un cas d'abcès du larynx après pneumo-

nie, T. Melville Hardie, 215. — Cas de kyste du sinus frontal communiquant avec le lobe frontal, C. F. Theisen, 215. — Notes sur deux cas peu communs de sinusite frontale, Price Brown 215. — Pyohémie d'origine sinusienne ; symptômes cérébraux graves soulagés par l'opération. Mort. Autopsie, Lewis A. Coffin, 215. — Papillitis atrophicans bilateralis linguæ, H. L. Wagner, 216. — Hyperplasie latérale de la langue, H. L. Wagner, 216. — Variations de l'ostium frontal ; leur importance dans les opérations intra-nasales sur le sinus frontal : topographie de la lame criblée, Wilson, 216. — Paralysie récurrentielle et paralysie des dilatateurs du larynx, Gleitsmann, 217. — Paralysie récurrentielle et dilatateurs du larynx. Symptomatologie, Cl. C. Rice, 217. — Paralysies récurrentielles et dilatateurs du larynx. Diagnostic et traitement, W.-E. Casselberry, 217. — Kystes, abcès et œdème de l'épiglotte, H. L. Swain, 217. — Quelques conjonctures chirurgicales associées à la tuberculose du larynx, Ch. P. Grayson, 217. — Papillomes du larynx chez les enfants. Nouvelles considérations sur la question, Payson Clark, 217. — Phénomènes essentiels de la production de la voix, Mills, 217. — Phénomènes essentiels de la production de la parole, Hudson Makuen, 218. — Hémorragie consécutive à une angine. Ligature de la carotide primitive. Guérison. Etude de 51 cas d'hémorragie dépendant de la suppuration pharyngée, J.-E. Newcomb, 218. — La forme de la voûte palatine, par H.-P. Mosher, 218. — Méthode d'ouverture du sinus maxillaire. Présentation d'un nouvel instrument, F. O. Roe, 218. — La morphologie des cornets, 218.

XIV. — *IV^e Réunion annuelle de la société américaine de laryngologie, otologie et rhinologie.* — Tenue à Pittsburg les 28, 29, 30 mai 1908. — Chevalet et attelle intra-nasale combinés pour prévenir et corriger les difformités en forme de dépression du nez, William Wesley Carter, 262.

XV. — *80^e réunion des naturalistes et médecins allemands.* — Cologne, septembre 1908. — Section d'otologie. — Sur les examens des oreilles chez les écoliers et la question des otologistes des écoles, Seider, Löwenstein et Hansberg, 204.

Séance du 21 septembre 1908. — Sur les processus non encore déterminés de la formation des sons chez l'homme et communication de recherches expérimentales sur le son produit par les cordes vocales et la formation des voyelles (avec projections), Katzenstein, 209. — Mensuration du volume respiratoire dans la formation normale et pathologique de la voix et de la parole (avec présentation de l'enregistreur du volume respiratoire), Gutzmann, 581. — L'opération radicale de l'empyème maxillaire chronique par l'intérieur, Réthy, 582. — Sur les occlusions membraneuses congénitales des choanes, Chiari, 583. — Un cas d'atrésie des choanes, Uffenorde, 584. — Action de la grossesse sur la tuberculose du larynx, Émile Glass et Kraus, 584. — Malade de 52 ans avec crancroïde du nez guéri par les rayons de Röntgen, Stiel, 586. — Cas d'ozène traités par la dionine, Stiel, 586.

Séance du 23 septembre 1908. — Traitement des suppurations des cavités supérieures accessoires du nez, Hajek et von Eicken, 586. — Examen œsophagoscopique d'un corps étranger ; perforation ultérieure de l'aorte, Chiari, 587.

XVI. — *Réunion de la Société laryngologique et otologique et de la Société ophtalmologique de Chicago.* — Séance du 8 novembre 1908. — Discussion sur les affections des sinus accessoires du nez qui peuvent intéresser les yeux, 617.

Séance du 8 décembre 1908. — Un cas de corps étranger de l'œsophage retiré par œsophagoscopie, Hermann Stolte, 937. — Cas d'une otite moyenne suppurée, Boot, 938. — Cas de calculs du nez, Stanton Friedberg, 941. — Préparation anatomique montrant une absence congénitale du sinus latéral, G.-E. Shambaugh, 942.

XVII. — *Société laryngologique et otologique de Chicago.* — Séance du 10 mars 1908. — Un cas de cholestéatome, G. E. Shambaugh, 255.

Séance du 14 avril 1908. — Xanthome de la gorge et du larynx, John Edwin Rhodes, 605. — Un cas de tuberculose laryngée chez un homme de 50 ans, G. E. Shambaugh, 605. — Otite moyenne chronique suppurée avec complications, Norval H. Pierce, 606. — Calcul du canal de la glande sous-maxillaire, Gradie, 607. — Quatre cas d'abcès périauriculaires et furonculose du conduit, 607. — Cas de céphalalgie probablement due à une sinusite frontale non suppurée, Frank Brawley, 608. — Chondrome et osteome des amygdales palatines, L. N. Grosvenor, 608.

XVIII. — *Réunion de l'association médicale britannique.* — Résultats de l'épreuve du nystagmus chez les sourds-muets, Tweedie, 219. — Démonstration de la méthode ostéoplastique d'opération sur le sinus frontal, Watson-Williams, 219. — Remarques sur la paralysie du sixième nerf cranien (moteur oculaire externe) à la suite d'otite moyenne chronique suppurée avec compte rendu de deux cas, J.-Stoddart-Barr, 219. — Nouvelle opération pour fracture du nez, avec enfoncement, Ouston, 220.

Séance du 31 juillet 1908. — Discussion sur les méthodes de traitement de la suppuration du sinus maxillaire, Saint-Clair Thomson, 220. — Cellules pneumatiques accessoires dans le septum nasal comme développement rare du sinus sphénoïdal, C. A. Parker, 224. — Deux cents cas d'injection de paraffine pour remédier aux difformités nasales, Walker Downie, 224. — La rhinite atrophique; sa pathologie, ses symptômes, son traitement, James Adams, 224. — Complications cérébrales des affections nasales, Onodi, 224.

XIX. — *Société belge d'otologie, de laryngologie et de rhinologie.* — Session de 1908 (*suite*). — De l'examen du sang dans les complications endocraniennes des otites et des sinusites de la face, Fallas, 238. — Quelques cas de polysinusites de la face opérés de cure radicale, Delsaux, 240. — Œsophagoscopie et trachéo-bronchoscopie, Trétôp, 241. — Faits de trachéoscopie et de laryngoscopie directes, Guisez, 241. — Du diagnostic œsophagoscopique dans différentes formes de sténose de l'œsophage, Guisez, 242. — Kyste prélaryngien opéré et guéri, Trétôp, 242. — Sténose laryngée ayant amené la mort subite, Trétôp, 243. — Thiosinamine et fibrolysine dans le traitement des scléroses auriculaires, De Stella, 243. — Méningite séreuse et surdité, De Stella, 244. — Quelques cas de complications de l'opération des végétations adénoïdes, Fallas, 245. — Mastoïdite réchauffée. Thrombose sinusienne, Fallas, 245. — La répression du charlatanisme en matière otologique, Trétôp, 245.

XX. — *Société berlinoise d'otologie.* — Séance du 29 mai 1908. — Sur les aveugles-sourds, G. Brühl, 229. — Enseignement des aveugles-sourds. Présentation de quelques élèves, Riemann, 231.

Séance du 3 juillet 1908. — Opération du sinus maxillaire, Sturmann, 232. — Présentation d'appareil, Schaefer, 232. — Présentation de pièces, Wagener, 232. — Carcinome de la base du crâne, Claus, 232. — Tumeur maligne de la fosse nasale gauche, Claus, 232. — Topographie de la fenêtre ronde chez l'homme, Katz, 233. — La fenêtre du limaçon des vertébrés, Beyer, 232.

Séance du 6 novembre 1908. — Présentation de malade, Grossmann, 599. — Présentation de radiographie, Passow, 599. — Sur les rapports d'alternance entre les deux oreilles, Lucæ, 600. — Remarques sur l'épreuve de Weber, Clauss, 601.

Séance du 4 décembre 1908, 932. — Présentation d'instrument, Wagener, 932. — Cysticercus racemosus de la base du crâne avec troubles auditifs, Benda et Schwabach, 932. — Tumeur du

rocher : paralysies multiples des nerfs craniens, Bielchowsky et Schwabach, 932. — Cas de gomme de la mastoïde et syphilis de plancher nasal. Présentation du malade, Brunck, 933. — Luxation de l'enclume, Beyer, 933.

XXI. — *Société de laryngologie de Berlin.* — Séance du 15 mai 1908. — Cas de cancer de l'amygdale, Lebram, 246. — Cautérisation à l'air chaud dans la tuberculose laryngée, Rosenthal, 246. — Cas d'amygdale surnuméraire, Lewinstein, 246. — Préparation de cancer de l'œsophage, Grabower, 246. — Préparation microscopique de queues de cornets inférieurs, Alexander, 246. — Pince pour l'ablation de reliquats de tumeurs adénoïdes, Lennhoff, 246. — Electrode pour la gorge, Katzenstein, 246. — Résection sous-muqueuse de la cloison, E. Meyer, 246.

Séance du 5 juin 1908. — Cas de morve chronique, Ressom, 247. — Cas de rhino-sclérome, Lewinstein, 247.

Séance du 12 juin. — Cas de nœvus vasculaire de la joue et du voile du palais, Hempel, 247. — Cas de lupus du larynx, Max Scheier, 247. — Nouvelle méthode de l'ouverture de l'antre d'Highmore, Sturmann, 248. — Cas de pulsation de l'amygdale palatine, Davidsohn, 248. — Sur l'importance des rayons X pour la rhinologie, Max Scheier, 248. — L'examen des cavités accessoires à l'aide des rayons de Röntgen, Preiser, 249. — Affections laryngées dans la sclérose en plaques, Graeffner, 249.

Séance du 25 septembre. — Cas de luxation du maxillaire inférieur, Warnekros, 613. — Sur les pertes de substance palatines et leurs prothèses, Warnekros, 613.

Séance du 16 octobre. — Un cas d'ostéosarcome, Schœtz, 613. — Cas d'encéphalocèle nasale, Schœtz, 613. — Bande pour la stase de la gorge, Grabower, 613. — Cas de tuberculose de la face interne de l'aile du nez, Hirschfeld, 614. — Sur les rapports de la largeur du nez avec la position des dents, Richter, 614.

XXII. — *Société royale de médecine de Londres.* — Section de laryngologie. — Séance du 1er mai 1908. — Photographies stéréoscopiques de malades opérés par différentes méthodes pour des sinusites frontales, W.-S. Syme, 253. Pièces provenant de sarcome et de cas simulant le sarcome des voies respiratoires supérieures, W. Jobson Horne, 253. — Mucocèle de la cellule ethmoïdale antérieure du côté gauche ouverte par le nez, Dan Mac Kenzie, 253. — Polype post-nasal volumineux simulant un fibrome provenant de l'antre d'Highmore, J. Dundas Grant, 253. — Lupus de l'épiglotte, W. Jobson Horn, 254. — Paralysie du larynx, Clayton Fox, 254. — Tumeur de l'aryténoïde droit avec perte du mouvement de la corde vocale droite, W. H. Kelson, 254. — Angiome de l'amygdale droite, T. Andrew Wylie, 254. — Stridor laryngé, J. Dundas Grant, 254. — Ulcère lupoïde du plancher du vestibule nasal, Dundas Grant, 254. — Tumeur maligne située en arrière du cartilage cricoïde, J. W. Bond, 255. — Inflexion de la cloison nasale chez un phtisique, A. Hamilton Burt, 255. — Induration sous-cutanée du cou de cause indéterminée, F. Ward, 255. — Opération de Killian pour une suppuration du sinus frontal, Dundas Grant, 255.

Séance du 6 novembre. — Epithélioma extrinsèque du larynx et de l'hypo-pharynx, chez une femme de 41 ans, Dundas Grant, 944. — Kyste thyro-lingual chez un enfant de 14 ans, Dundas Grant, 945. — Epithélioma de la corde vocale gauche ; thyrotomie ; récidive ; extirpation de la moitié gauche du larynx, guérison, F. Semon, 945. — Cas pour diagnostic (?). Fibrome du cou et du larynx avec hypertrophie des ganglions du cou, F. Semon, 945. — Infiltration inter-aryténoïdienne et sous-glottique datant de 15 mois, avec gêne de la respiration ayant nécessité la trachéotomie, H. Tilley, 946. — Tumeur maligne du sinus maxillaire droit, envahissant la paroi externe du nez et la joue, Ch. A. Parker, 946. — Lymphangite cervicale suppurée et

épithélioma de l'épiglotte, Peter H. Abercrombie, 946. — Perforation du voile du palais consécutive à une violente attaque de scarlatine, dans l'enfance, P. H. Abercrombie, 947. — Vertige laryngé dans un cas de tabès précoce, Saint-Clair Thomson, 947. — Fracture étendue des parois des sinus frontaux, J. Gay French, 947. — Occlusion congénitale de l'orifice postérieur de la fosse nasale droite, Harold Barwell, 947. — Epithélioma primitif sur la paroi postérieure du pharynx et envahissant secondairement l'œsophage et le larynx, William Hill, 948. — Tuberculose du larynx, D. Mackenzie, 948. — Epistaxis récidivant (épithélioma alvéolaire), Stuart Low, 948. — Rhinosclérome chez une femme, W. Stuart Low, 948. — Déviation de la cloison nasale produisant une occlusion complète de la fosse nasale droite, G.-C. Cathcart, 948. — Lupus érythémateux avec lésion de la muqueuse du palais et de la bouche, H. Lambert Lack, 948. — Néoplasme laryngé : coupes histologiques, W. Jobson Horne, 948. — Œdème angioneurotique chez un homme âgé de 48 ans, Ch.-A. Parker, 949. — Ablation de la moitié du larynx pour un cancer volumineux de l'aryténoïde, Evan, 949. — Cas pour diagnostic, G. Nixon Briggs, 949.

XXIII. — *Société royale de Médecine de Londres.* — Section otologique. — Séance du 27 juin 1908. — Suppuration de l'oreille moyenne ; phlébite du sinus latéral ; abcès cérébral, P. Mc Bride, 233. — Opération pour thrombose du sinus sigmoïde, A. Logan Turner, 234. — Malade opéré pour un abcès du lobe temporo-sphénoïdal gauche, au cours d'une otite moyenne suppurée récente, A. Logan Turner, 234. — Préparations macroscopiques et microscopiques provenant d'un cas d'abcès du lobe temporo-sphénoïdal avec thrombose du sinus sigmoïde gauche, A. L. Turner et H. Wade, 235. — Injection du sinus latéral, pneumonie et péricardite, ligature de la veine jugulaire, guérison complète, W. Permewan, 235. — Deux malades opérés de mastoïdite avec préservation de la membrane et des osselets, A. L. Turner, 235. — Suite anormale de la cure radicale mastoïdienne, W. G. Porter, 235. — Greffes partielles faites avec l'aide de l'anesthésie locale dans le traitement post-opératoire de la cure radicale mastoïdienne, J. Stoddart Barr, 236. — Malade opéré de vestibulotomie, J.-S. Fraser, 236. — Suites de l'ablation des deux vestibules pour guérison du vertige, G. Gibson et R. Lake, 237. — Méningite otique avec coupes histologiques du labyrinthe montrant la présence de streptocoques, Sydney Scott, 237. — Notes préliminaires sur l'examen cytologique de l'écoulement dans des cas d'otite moyenne et de suppuration du sinus maxillaire, John D. Darling, 237.

Séance du 12 juin 1908, 594. — Tumeur maligne de la cloison et du naso-pharynx enlevée par une opération externe ostéoplastique, P. Watson Williams, 594. — Affection laryngée (?), Watson Williams, 594. — Skiagrammes des sinus accessoires du nez, P. Watson Williams, 595. — Photographie montrant un développement anormal des cellules orbito-ethmoïdales, Watson Williams, 595. — Polype rétro-nasal enlevé chez un enfant de 14 ans et demi, Herbert Tilley, 595. — Plaque stéréoscopique montrant un développement remarquable des cellules orbito-ethmoïdales, Herbert Tilley, 595. — Hyperplasie sous-glottique avec rétrécissement notable du canal trachéal, Herbert Tilley, 595. — Abcès du lobe frontal gauche consécutif à une sinusite frontale gauche, L. V. Cargill, William Turner et Saint-Clair Thomson, 595. — Quatre cas de chirurgie du sinus sphénoïdal, Saint-Clair Thomson, 596. — Déviation marquée de la cloison, Saint-Clair Thomson, 596. — Opération pour une angine de Ludwig, W. Stuart Low, 596. — Tumeur maligne du larynx, Dan Mackenzie, 596. — Pathogénie de la pachydermie laryngée verruqueuse et diffuse, W. Jobson Horne, 596. — Hystérie avec symptômes laryngés rares, F. Semon, 597. — Combinaison préa-

lable de tuberculose et de syphilis du larynx, F. Semon, 597. — Photographie aux rayons X montrant le crochet de Hajek dans le sinus sphénoïdal droit, H.-J. Davis, 598. — Amygdales pharyngées normales et hypertrophiées chez des moutons, H.-J. Davis, 598. — Fibrome pédiculé volumineux enlevé de la voûte du nasopharynx chez un enfant de 9 ans, H. J. Davis, 598. — Kyste supposé du plancher de la fosse nasale droite, H -J. Davis, 598. — Obstruction nasale complète du côté gauche, avec impossibilité de nettoyer le nez, H.-J. Davis, 598. — Néoplasme de l'amygdale droite, C. A. Parker, 598. — Angiome pulsatile du nez, W.-D. Harmer, 599. — Tumeur de l'amygdale, H. Buckland Jones, 599.

Séance du 5 décembre 1908. — Thrombose du sinus latéral droit, caillot traversant le pressoir d'Hérophile et pénétrant dans le sinus latéral du côté opposé. Opération. Guérison, H -L. Whitehead, 920. — Section de la veine jugulaire interne thrombosée. A.-L. Whitehead, 921. — Abcès cérébelleux secondaire à une labyrinthite infectieuse associée à un œdème aigu inflammatoire du cerveau. Opération. Guérison, S Scott, 921. — Méningite infectieuse consécutive à une infection labyrinthique traitée avec succès par le drainage translabyrinthique et lombaire, par C. E. Welt et S. Scott, 921. — Encéphalite purulente traitée par le drainage et l'ablation du tissu cérébral infecté, Ernest West, 922. — Tumeur du nerf auditif, Macleod Yearsley, 923. — Seringue pour injection à la suite des cures radicales de l'oreille, Urban Pritchard, 923. — Anatomie chirurgicale de l'os temporal, Arthur Cheatle, 923. — Abcès temporo-sphénoïdal avec symptômes de manie ; ouverture à travers le tegmen tympani, lavages, drainage, traitement par l'iodoforme, Adolph Bronner, 923. — Affection du conduit auditif externe, W. H. Kelson, 923.

XXIV. — *Société danoise d'oto-laryngologie.* — Séance du 14 octobre 1908. — Cas de kyste laryngé avec pédicule de longueur inusitée, Vald Klein, 225. — Présentation d'une malade atteinte de néoformation tuberculeuse laryngée, guérie par la thyrotomie, E. Schmiegelow, 225. — Impressions oto-laryngologiques au cours d'un voyage d'études aux États-Unis, hiver 1907-1908, N. Rh. Blegvad, 226. — Fracture de l'os temporal. Rupture du sinus transverse. Hématome épidural. Présentation de la pièce, P. Tetens Hald, 227. — Un cas de polype de l'œsophage (fibrome lymphangiectasique) ; ablation par œsophagoscopie. Présentation de la pièce, P. T. Hald, 229.

Séance du 25 novembre 1908. — Expérience acquise sur les inflammations labyrinthiques survenant au cours des suppurations aiguës et chroniques de l'oreille, prof. Schmiegelow, 574.

Séance du 16 décembre 1908. — Labyrinthites survenant au cours d'otites moyennes suppurées, 923.

Séance du 16 janvier 1909. — La méningite otogène et spécialement son traitement opératoire, Mygind, 923.

XXV. — *Société de laryngologie de Vienne.* — Séance du 4 décembre 1908. — Présentation de malade, privat-docent Fein, 615. — Un cas de sigmatisme nasal, Stein, 615. — Présentation de malade, Glas, 616. — Présentation de malade, Chiari, 616. — Présentation d'un cas, Kaflen, 616. — Présentation de pièce, Kahler, 616.

XXVI. — *Société autrichienne d'otologie.* — Séance du 26 octobre 1908. — Présentation de pièces, V. Urbantschitsch, 601. — Cas de mastoïdite récidivante, Bondy, 601. — Cas de labyrinthite séreuse, 24 heures après opération radicale, Bondy, 602. — Cas de thrombose du sinus, Bondy, 602. — Cas d'opération labyrinthique avec anesthésie locale, Barany, 602. — Communication, Ruttin, 602. — Présentation de malades, Ruttin, 602. — Présentations de malades, E. Urbantschitsch, 603. — Présentation d'instruments, Neumann, 603. — Présentation de malade, Stein, 603.

Séance du 30 novembre 1908. — Présentation de malades, Biehl, 927. — Présentation de malades, Bondy, 928. — Cas de cholestéatome de l'antre et de l'attique, Barany, 928. — Cas de processus chronique d'adhérences dans l'oreille gauche, Barany, 928. — Cas de suppuration labyrinthique latente, Barany, 928. — Fistule du canal semi-circulaire, E. Urbantschitsch, 928. — Cas de labyrinthite aiguë au cours d'une otite suppurée chronique. Opération suivie de paralysie faciale, E. Urbantschitsch, 928. — Présentation de malade, Urbantschitsch, 928. — Présentation de malade, Alt, 929. — Méthode d'ouverture du labyrinthe, Frey et Hammerschlag, 929.

XXVII. — *Société oto-laryngologique de Saint-Pétersbourg.* — Séance du 24 avril 1908, 267. — Sur le rhinosclérome expérimental, G. E. Joukoff, 267. — Action de l'alcool sur l'oreille interne, Tsytovitch, 267.

Séance du 14 mars 1908, 603. — Goitre pulsatile, P. Hellat, 603. — Un cas de lupus primitif du larynx, M. Bomann, 603. — Emploi du sublimé contre les bruits auriculaires dans les cas d'inflammation non purulente de l'oreille moyenne et particulièrement dans l'oto-sclérose, A. Zacher, 604. — Un cas de cancer du larynx. Présentation de préparations, D. Borsylovitch, 604.

Séance du 28 mars 1908. — Aphonie par paralysie des adducteurs de cause inconnue, L. Lévine, 604. — Diphtérie chronique du nez et du naso-pharynx, M. Bomann, 604. — Anomalies du palais. Présentation de deux malades, P. Hellat, 604. — Un cas de guérison d'une adhérence membraneuse du conduit auditif, Girmounsky, 605. — Au sujet de l'opération d'Otto Freer pour les déviations de la cloison nasale, Okuneff, 605.

XXVIII. — *Société d'oto-laryngologie de Stockholm.* — Séance du 28 janvier 1909. — Présentation de pièces, Arnoldson, 620. — Un cas de corps étrangers de la bronche droite ; extraction ; guérison, von Rosen et G. Holmgren, 621. — Corps étranger de l'œsophage ; ablation ; guérison, Holmgren, 621. — Un cas de tuberculose du larynx, Holmgren, 621.

XXIX. — *Société d'oto-laryngologie de Munich.* — Séance du 11 janvier 1909. — Sur l'obstruction de la fenêtre ronde et ses conséquences, Herzog, 943. — Sur un cas d'actinomycose parapharyngienne, Hoffmann, 944.

Séance du 15 janvier 1909. — Sur les rapports existant entre le nez et les strumes molles et les manifestations de la maladie de Basedow, Hoffmann, 944.

XXX. — *Société oto-rhino-laryngologique de Bucarest.* — Séance du 22 octobre 1908. — Un cas de corps étranger sous-glottique chez un enfant de cinq ans et demi extrait par voie naturelle, Seligmann, 266. — Cas de rhinosclérome, Seligman, 266.

XXXI. — *Société parisienne de laryngologie, d'otologie et de rhinologie.* — Séance du 11 décembre 1908. — Appareil pour la rééducation respiratoire nasale, R. Foy, 210. — Abcès du cervelet, suite de mastoïde et de phlébite du sinus ; guérison, Lubet-Barbon, 210. — Fulguration et laryngotomie dans le cancer du larynx, Georges Laurens, 210. — Labyrinthite à forme vestibulaire, A. Hautant, 211. — Présentatation de malades, Castex, 212.

Séance du 8 janvier 1909. — Appareil dilatateur des ailes du nez, R. Foy, 568. — La quinine dans la toux spasmodique nocturne de la grippe laryngo-trachéale, J. Glover, 568. — Fonction amygdalienne. Troubles vasotrophiques nasaux et pharyngiens. Opothérapie, J Glover, 568. — Labyrinthites, A. Hautant, 570. — Opération de la sinusite maxillaire sous anesthésie régionale, Munch, 570. — Résection des éperons de la cloison nasale. Instruments. Technique. Pansements, G.-A. Weill, 570.

Séance du 12 février 1909. — Pharyngotomie sous-hyoïdienne pour un

épithélioma de l'épiglotte, Castex. — Fixation opératoire d'un pavillon dévié, Castex, 571. — Ulcération du voile du palais et du maxillaire supérieur, Grossard, 571. — Cicatrisation vicieuse du pharynx, Kœnig, 571. — Trocart emporte-pièce pour l'ouverture du sinus maxillaire par voie nasale, Paul Laurens, 572. — Polype du sinus maxillaire, Lermoyez, 572. — Tuberculose nasale, Lermoyez, 572. — Immobilisation d'une corde vocale, Lermoyez et Poyet, 572. — Cure radicale de la sinusite maxillaire chronique par voie nasale, Mahu, 572. — Observation membraneuse complète de l'extrémité externe du conduit auditif, accompagnée d'otorrhée, provoquant des crises d'épilepsie, Pasquier, 573. — Traitement de l'ozène par l'étincelle compensatrice de haute fréquence, Gendreau, 573.

Séance du 10 mars 1909. — Contribution à la septicémie d'origine auriculaire, Luc, 914. — Singuliers défauts de prononciation chez un enfant porteur de végétations adénoïdes, guéris par l'intervention, Viollet, 917. — Infections distantes chez les ozéneux, A. Castex, 918. — Broncho-œsophagoscope à éclairage terminal latéral mobile, isolé, Munch, 919. — Les indications de la bronchoscopie et de l'œsophagoscopie dans les paralysies laryngées, P. Cauzard, 919.

XXXII. — *Société médicale hongroise.* — Séance du 1er décembre 1908. — Cas de tumeur de la langue, E. Baumgarten, 261. — Perte de substance de la trachée, E. Baugmarten, 261. — Cas de parésie vélaire peut-être congénitale, E. Baumgarten, 261. — Un cas d'angiome de la luette, A. Onodi, 261. — Sur le sinus frontal, A. Onodi, 261. — Cas d'abcès sublingual, D. von Navratil, 262.

XXXIII. — *Association royale des médecins hongrois.* — Séance du 27 janvier 1909. — Cas de tumeur du septum guérie, A. von Irsaï, 609. — Cas de tumeur trachéale, Zwillinger, 609. — Cas d'empyème frontal, ethmoïdal et maxillaire, compliqué de nécrose, Opération, guérison, K. v. Lang. 610.

XXXIV. — *Société de pédiatrie de Munich.* — Séance du 15 janvier 1909. — Sur une anomalie du conduit laryngo-trachéal, rare au point de vue anatomique et clinique (avec présentation de pièce), Trumpp, 966.

XXXV. — *Société de médecine générale de Cologne.* — Séance du 2 novembre 1908. — Le traitement des troubles de la parole par les exercices méthodiques, Hopmann, 961.

XXXVI. — *Société italienne de Pédiatrie.* — Congrès de la section d'Emilia-Marche. — Séance du 13 décembre 1908. — Rupture d'un ganglion bronchique caséeux dans les voies respiratoires ; trachéotomie ; guérison, E. Dina, 956.

Réunion de la section vénitienne. — Tenue à Padoue, le 7 février 1909. — Sur un cas de malformation de l'œsophage, C. Lorenzi, 957.

XXXVII. — *Société médicale de Marbourg.* — Séance du 16 décembre 1908. — Traitement diététique du spasme laryngien, A. Sittler, 955. — Cardiospasme avec dilatation consécutive de l'œsophage, hémorragies œsophagiennes graves et double parotide suppurée, Brauer, 956.

XXXVIII. — *Société de médecine de Berlin.* — Séance du 9 décembre 1908. — Présentation d'un cas de fistules congénitales par persistance du canal branchial, avec malformation de l'oreille, A. Hirschberg, 958.

XXXIX. — *Société des sciences naturelles et médicales de Heidelberg.* — Séance du 30 juin 1908. — Malformation rare de l'oreille, Kümmel, 966.

Section de médecine. — Séance du 1er décembre 1908, 966. — Corps étrangers de la trachée et de l'œsophage chez de petits enfants, Kümmel, 966.

LX. — *Société médicale de Leip-*

zig. — Séance du 10 novembre 1908. — Un cas de tuberculose du larynx; guérison, Viereck, 962.

Séance du 8 décembre 1908. — — Fistule stomacale pour rétrécissement cicatriciel de l'œsophage, par Trendelenbourg, 962. — Prothèse artificielle gastro-pharyngienne dans un cas de rétrécissement inopérable de l'œsophage, Perthes, 962. — Mélano-sarcome des fosses nasales, Schumann, 963. — Mélano-sarcome de l'oreille, Schümann, 963.

XLI. — *Société médicale de Francfort-sur-le-Mein*. — Séance ordinaire du 5 octobre 1908. — Corps étrangers dans le sinus maxillaire, von Wilde, 967. — Enveloppe d'un grain de blé extraite de l'oreille moyenne, von Wilde, 968.

Séance du 7 décembre 1908. — Rupture traumatique du tympan, M. J. Veis, 968.

XLII. — *Société médicale de Hambourg*. — Séance du 1er décembre 1908. — Affection des oreilles chez des ouvriers travaillant dans les caissons, Thost, 961.

XLIII. — *Société des médecins allemands de Prague*. — Séance du 8 janvier 1909. — Sur la phonasthénie des chanteurs, Imhofer, 960.

XLIV. — *Société de chirurgie de Breslau*. — Séance du 14 décembre 1908. — Sur trois cas de carcinome de l'amygdale, de la langue et du plancher buccal, Küttner, 959. — Présentation de cas, par Küttner, 960.

XLV. — *Société des sciences naturelles et médicales de Dresde*. — Séance du 7 novembre 1908. — Un cas de sigmatisme nasal, Th. Barth, 964.

Séance du 28 novembre 1908. — Un cas d'abcès du cerveau consécutif à une vieille suppuration sinusienne : guérison, par Just, 964. — Trois cas de lupus traités par la photothérapie et les rayons X, Werther, 965. — Présentation de cas qui furent aggravés par un traitement charlatanesque, M. Werther, 965.

VARIA

Centres diaphylactiques, P. Bonnier..... 528
Chirurgie du cancer appuyée sur la « fulguration » ; ses principes, ses résultats. Statistique portant sur 40 cas de cancers graves, Juge de Marseille..... 1002
Colibacillose des organes respiratoires, Hermann von Schrötter et Max Weinberger..... 1076
Comptes rendus de la clinique oto-rhino-laryngologique de l'Université de Rome..... 995
Cruveilhier, son rôle en nosologie pharyngée, C. Chauveau 191, 562, 892
Désinfection des cavités du corps par injections d'émulsions de bactéries vivantes non pathogènes, North..... 1076
Essai de systématisation des lésions tuberculeuses de l'appareil respiratoire, Jouty et Molle..... 1073
Hydrocéphalie interne aiguë consécutive à une infection streptococcique du labyrinthe, Sydney R. Scott..... 365
Influence climatérique de la Riviera sur les voies respiratoires supérieures, M. Mignon..... 1074
Leçon inaugurale, Otto Pfiff. 1077
Lupus des voies aériennes supérieures avec considération spéciale des complications du côté de l'organe de l'ouïe, Prosper Levy..... 1017
Maladies du nez, de la gorge et des oreilles. Médecine et chirurgie, W. L. Ballenger..... 634, 988
Manuel des maladies du nez et de la gorge, Herbert Tilley.... 287
Polynévrite cérébrale, E. Halphen. 723
Précis des maladies de l'oreille, du nez, du pharynx et du larynx, M. Lannois..... 277, 638, 985
Présentation de pièce, Piétri. 1077
Quelques points intéressants de la chirurgie de l'oreille, du nez et de la gorge, L. Turner et Fraser. 723
Refroidissement, Chodounsky. 1074

Relevé statistique du service d'oto-rhino-laryngologie de l'hôpital Saint-Jean, A. Fallas..... 724
Rétention de membranes de cholestéatome dans l'évidement de l'oreille moyenne, J. Dundas Grant..... 724
Rôle du canal lacrymo-nasal dans l'étiologie de la dacryo-cystoblennorrhée. Traitement de cette affection, V. Daguilaïsky... 364
Siège de granulome tuberculeux non encore décrit surtout au point de vue de l'histogénie (contribution clinique, anatomo-pathologique et histologique), prof. D. Tanturri..... 36
Toux réflexe, I.-R. Bencley.. 1076
Traduction des expressions cliniques en leurs équivalents histologiques dans les maladies de la gorge et du nez, J.-L. Goodale, 364
Traité des maladies de l'oreille et des complications auriculaires, Körner..... 632
Travaux de clinique otolaryngologique de Londres Central ... 724
Valeur de la détermination numérique des leucocytes dans le diagnostic des affections aiguës inflammatoires, Frédéric E. Sondern..... 720
Voies respiratoires supérieures dans l'étiologie des infections cryptogénétiques et particulièrement de la pleurésie, B. Wood. 1075

Le Gérant : M. Desbois.

MACON, PROTAT FRÈRES, IMPRIMEURS

ARCHIVES INTERNATIONALES

DE

LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE

ET DE

RHINOLOGIE

CONGRÈS

DE LA

SOCIÉTÉ FRANÇAISE

DE

Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie

PARIS, 10-13 MAI 1909

Le numéro 4 de la Revue ne devant paraître que le 15 Juillet, nous n'avons pas voulu que nos lecteurs attendissent jusqu'à cette époque la relation d'une réunion aussi intéressante.

Adresser toutes communications au Dr C. CHAUVEAU, directeur 225, boulevard Saint-Germain, PARIS.

SELS DE LITHINE EFFERVESCENTS
Exiger la marque
Rachitisme
Herpétisme
FUCOGLYCINE DU Dr GRESSY
Lymphatisme
Scrofule
DUPONT
Maison fondée en 1847
10, Rue Hautefeuille, 10
PARIS (VIe Arr')
Téléphone : 818-67

AVIS IMPORTANT
La Maison DUPONT, transporte (Paris-Province-Etranger) les malades blessés en Ambulances Automobiles de luxe munies d'un nouvel appareil de suspension (breveté) évitant toute secousse et supprimant toute trépidation.
Adresse Télégraphique : DUPONTFEUIL

ENGHIEN-LES-BAINS

(Seine-&-Oise)

Eaux les plus sulfureuses de France

33 cc. d'hydrogène sulfuré par litre

VOIES RESPIRATOIRES

Affections Rhumatismales

Dermatoses — Syphilis

ÉTABLISSEMENT HYDROTHÉRAPIQUE

VENTE D'EAU

S'expédie en 1/4, 1/2 et bouteilles

à 11 minutes de Paris, Gare Nord, 152 trains par jour

Pour les détails voir PAGE 1064

ARCHIVES INTERNATIONALES
DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE
RHINOLOGIE

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

I. — PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

I. Fulguration et laryngotomie dans le cancer du larynx (Fulguration faite par le Dr Bissérié), par **G. Laurens** (de Paris)... 1

II. Traitement des suppurations des cavités accessoires du nez, par **M. Hajek** (de Vienne)... 20

III. Sur un siège de granulome tuberculeux non encore décrit surtout au point de vue de l'histogénie (Contribution clinique, anatomo-pathologique et histologique), par le prof. **D. Tanturri** (de Naples)... 36

IV. La neurasthénie dans ses rapports avec les rhino-pharyngites chroniques, par **Royet** (de Lyon)... 47

V. Quelques mots sur la sinusite frontale, par **C. Ziem** (de Dantzig)... 58

VI. Trois cas de gangrène primitive du pharynx. Guérison d'un cas par des injections de sérum antistreptococcique, par le prof. **Citelli** (de Catane)... 66

VII. De l'endoscopie directe et tout particulièrement de son application en laryngologie (*suite*), par **Sargnon** (de Lyon)... 72

VIII. Les phlegmons du cou d'origine bucco-pharyngée (*suite*), par **J. Broeckaert** (de Gand)... 95

IX. La radiothérapie des tumeurs malignes des voies aériennes supérieures, par **Mader** (de Münich)... 105

X. Valeur pratique de l'œsophagoscopie (*suite*), par **E. Botella** (de Madrid)... 112

XI. Abcès du cervelet et thrombose du golfe d'origine otique. Ouverture de l'abcès, ouverture du golfe à travers le trou déchiré postérieur. Présentation de la malade guérie, par **Van den Wildenberg** (d'Anvers)... 127

XII. Principes fondamentaux dans le traitement de la tuberculose laryngée (*fin*), par **S. M. Bourack** (de Charcoff)... 136

XIII. Les lésions du labyrinthe non acoustique (*suite*), par le prof. **A. Torretta** (de Gênes)... 145

XIV. L'emploi de la bougie pour la trompe d'Eustache, par **R. Lake** (de Londres)... 156

II. — SÉMÉIOLOGIE

L'acoumétrie pratique, par **P. Bonnier** (de Paris)... 159

III. — PHYSIOLOGIE

Nouveau dynamométrographe universel et nouvel ergographe et leur importance pour le diagnostic des désordres du labyrinthe (*fin*), par **S. von Stein** (de Moscou)... 164

IV. — TECHNIQUE PRATIQUE

I. Nouveau scarificateur et porte-caustique laryngien, par **A. Maurice** (de Paris)... 170

CAPSULES DARTOIS

BIOPHORINE

La **BIOPHORINE** est un Saccharolé à base de **Kola, Glycérophosphate de chaux,** Coca, Quinquina et Cacao vanillé.

La **BIOPHORINE**, le plus complet des agents antineurasthéniques et antidéperditeurs, est le tonique du sang, des muscles et des nerfs, le reconstituant et le régénérateur le plus éprouvé.

La **BIOPHORINE** est indiquée dans les **Névroses** et **Névralgies rebelles,** le **Surmenage** dû aux **fatigues**, aux **veilles,** aux **excès**, l'**Anémie cérébrale,** l'**Abattement,** l'**Hypocondrie.**

La **BIOPHORINE** est un ***ACCUMULATEUR D'ENERGIE*** qui convient à notre vie à la vapeur. Les cœurs mous, les émotifs, les affaiblis de tous ordres trouvent dans son emploi la **stimulation spécifique** qui leur fait défaut.

3 à 6 cuillerees à café par jour, pure ou délayée dans de l'eau ou du vin.

PRIX EN FRANCE : **3** fr. **50** FRANCO.

A. GIRARD, 22 Rue de Condé, 22, **PARIS.**

DÉTAIL : 142, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, ET TOUTES PHARMACIES.

CHLOROFORME DUMOUTHIERS

Préparé spécialement pour l'*Anesthésie*, sa conservation dans le vide et en tubes jaunes scellés le met à l'abri de toute altération.

Dépôt : PHARMACIE BORNET, 19, Rue de Bourgogne, PARIS.

PHÉNOSALYL

Fabriqué par P. TERCINET
PHARMACIEN

83, Boulevard Saint-Martin, 83, PARIS

Approuvé par l'Académie de Médecine, dans sa séance du 20 Décembre 1892

Puissance antiseptique considérable (Ann. de l'Inst. Pasteur, vol. IV)
Toxicité très inférieure à celle de tout autre antiseptique.
(Professeur TARNIER *: L'asepsie en obstétrique. — Paris* 1895.)

L'emploi du **Phénosalyl** en **Otologie** et **Rhinologie** est recommandé par de nombreux Spécialistes, qui le considèrent comme le meilleur antiseptique dans le traitement des inflammations et suppurations de ces organes. Pour gargarismes, lavages, injections, etc., on l'emploie en solutions de 1/2 à 1 % dans de l'eau chaude. Les solutions se font instantanément.

Le **Phénosalyl** est d'un emploi très pratique dans le cabinet médical. Son odeur est agréable, il n'a aucun effet irritant sur la peau et les instruments n'y sont pas détériorés.

Flacons de 125, 250, 500 et 1.000 grammes au prix de **20 fr.** le kilo, suffisant pour 100 à 200 litres de solution.

Exiger le nom **TERCINET** sur les étiquettes.

II. Pince pour l'ablation sous-muqueuse de l'épine maxillaire, par **A.-J. Huet** (de New-York)... 172

V. — **PHONÉTIQUE**

Essais sur la voix (*suite*), par **A. Thooris** (de Paris)..... 173

VI. — **RECHERCHES HISTORIQUES**

Histoire de l'otologie de Politzer (*suite*), par **C. Chauveau**..... 180

VII. — **RECUEIL DE FAITS CLINIQUES**

I. Démonstration d'une tuberculose primitive de l'amygdale, par **Goris** (de Bruxelles)..... 188

II. De l'ictus laryngé ; complication de la coqueluche chez l'adulte, par **C. Jourdin** (de Dijon)..... 189

VIII. — **VARIÉTÉ**

Cruveilhier, son rôle en nosologie pharyngée, par **C. Chauveau**..... 191

REVUES ET COMPTES RENDUS

I. — SOCIÉTÉS SAVANTES

I. — **XII^e Congrès de la Société italienne de laryngologie, otologie et rhinologie**. — Président : prof. Nicolaï. — Compte rendu par Piolti (de Turin) et Massier (de Nice) (194). — Sur deux symptômes de lésion du nerf récurrent brachycardie et anesthésie du vestibule), par T. Mancioli (194). — Abcès otique du lobe temporo-sphénoïdal gauche opéré et guéri depuis plus d'un an, par C. Poli 194). — Valeur clinique des crachats sanguinolents chez les enfants, par C. Poli (194). — Résultats de l'examen préventif de l'oreille chez les travailleurs sous pression, par C. Poli (195). — Un troisième cas de syndrome de Gradenigo, par Citelli (195). — Une nouvelle méthode de préparation microscopique des pièces d'examen de l'oreille moyenne et interne, par Citelli (196). — Cholestéatome de l'oreille moyenne avec abcès cérébelleux formé à travers l'aqueduc du vestibule, par C. Citelli (196). — Un cas d'abcès de la pointe de la mastoïde avec abcès profond du cou dû à une périsinusite, par Citelli (197). — Mucocèle frontale suppurée traitée par la méthode proposée l'année dernière par l'auteur (obturation du sinus avec la paraffine aseptique et antiseptique), par Citelli (197). — Trois cas de gangrène primitive des amygdales, par Citelli (197). — Pyohémie otique avec abcès métastatiques multiples, par le prof. C. Poli (197). — Expertises médico-légales dans les affections auriculaires des accidents du travail, par le prof. Ostino (198). — Expertises médico-légales des affections de l'organe acoustique, dans les assurances sur la vie, par Mancioli (198). — Abcès profond du cou consécutif à une amygdalite chronique réchauffée, par le prof. Tommasi (198). — Un troisième cas de paralysie de l'abducteur au cours d'une otite moyenne aiguë purulente. Mastoïdectomie ; guérison, par Tommasi (199). — Démonstration de la méthode pratique de l'épreuve des diapasons et de la détermination du pouvoir auditif, par Tommasi (199). — Blessures d'armes à feu de l'oreille, par Maltese (199). — Tumeurs malignes de la région mastoïdienne, par Bruzzone (199). — Modifications de la flore bactérienne du nez selon les saisons et les altitudes, par Marchesa (199). — Etude hématologique dans les cas de lésions purulentes mastoïdiennes opérées, par Caldera (200). — L'emploi de la thiosinamine dans les maladies de l'oreille, par Balla (200). — Un cas de réflexe nasal peu fréquent, par Balla (200). — Jugement médico-légal des défauts acoustiques dans quelques professions et charges publiques, par Nieddu (200). — Une petite épidémie d'appendicite étudiée en relation avec l'anneau lymphatique de Waldeyer par Nieddu (200). — Un cas de méningite cérébro-spinale d'origine pharyngée, par Nieddu (201). — Polypes du nez avec abolition pendant longtemps de la respiration nasale, par Nieddu (201). — Importance de la recherche du treponema pallida pour le diagnostic étiologique des maladies du nez, de la gorge et de l'oreille, par Nieddu (201). — L'énurèse dans ses rapports avec l'oto-rhino-laryngologie, par Nieddu (201). — Un cas de paralysie de l'abducteur d'origine otique, par Gavello (202). — Le traitement des fibromes naso-pharyngiens avec la fibrolysine, par Cavello (202). — Tuberculose de l'oreille, par Cavello (202). — Considérations sur les corps étrangers du larynx, par Gavello (202). — Tumeurs de l'épiglotte, par Gavello (202). — Démonstrations pratiques de méthodes acoumétriques, par Gradenigo (202). — Sur la laryngostomie et la laryngofissure et sur la trachéotomie, par Gradenigo (203). — Polyphobie avec d'autres troubles nerveux chez un rhinopathe, par d'Ajutolo (203). — Notes sur quelques anomalies de la sensibilité électro-cutanée, par d'Ajutolo (203). — Quelques mots sur le traitement du favus bénin, en particulier du visage, par d'Ajutolo (203). — Phénomènes septiques du larynx consécutifs à une septicémie streptococcique, par Rugani (203). — Nouvel amygdalotome, par Mongardi (203). — Pneumo-massage tubaire aéro-thermique, par Mongardi (203).

CAPSULES DARTOIS

VIN GIRARD

de la Croix de Genève

Succédané de l'Huile de Foie de Morue, Reconstituant par Excellence

Cette préparation agréable au goût, tolérée par les estomacs les plus délicats, remplace avantageusement l'huile de foie de morue, les solutions phosphatées, les vins de quinquina. Elle a reçu l'approbation des sommités médicales de France et de l'Etranger.

MALADIES de POITRINE — ENGORGEMENTS GANGLIONNAIRES
DÉVIATIONS — RHUMATISMES — ALBUMINURIE — ASTHMES — CATARRHES
BRONCHITES CHRONIQUES — AFFECTIONS CARDIAQUES
ACCIDENTS TERTIAIRES — CONVALESCENCES et TOUTES AFFECTIONS
ayant pour cause la FAIBLESSE GÉNÉRALE et l'ANÉMIE.

Un flacon de **VIN GIRARD** *(1/2 litre environ) renferme les principes médicamenteux contenus dans 5 litres d'huile de foie de morue.*

PRIX : 4 Francs.

A. GIRARD, 22, Rue de Condé — PARIS.

DÉTAIL : 142, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, ET TOUTES PHARMACIES.

Affections de la Gorge et du Larynx

PASTILLES COCAÏNE HOUDÉ

Cocaïne simple
Cocaïne et Chlorate de Potasse
Cocaïne et Borate de Soude
Cocaïne Borochloratée
Cocaïne et Menthol

Lauréat de l'Académie de Médecine de Paris. Prix Orfila.
Lauréat et Membre correspondant de l'Académie de Médecine de Madrid.

Grâce à leur action anesthésique sur les muqueuses, les **Pastilles Houdé à la Cocaïne** sont très efficaces pour calmer et supprimer la douleur dans le traitement des **Maux de Gorge**, des **Amygdalites**, des **Enrouements**, des **Extinctions de voix**, des **Angines** des **Laryngites** et des **Quintes de toux, Coqueluche**. — Elles font disparaître les **Irritations**, les **Picotements** et les **Chatouillements** de la gorge, tonifient les cordes vocales et se recommandent aux **Orateurs, Chanteurs et Professeurs.**

DOSE : EN LAISSER FONDRE DANS LA BOUCHE DE 8 A 10 PAR JOUR.

DOSAGE : 3 milligrammes — **A. HOUDÉ, 29, Rue Albouy. PARIS** — ENVOI D'ÉCHANTILLONS.

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

19, Rue Hautefeuille, PARIS

HISTOIRE DES MALADIES DU PHARYNX

par **C. CHAUVEAU**

Préface de R. du Castel, membre de l'Académie de médecine.

Tomes IV et V (dernier).

II. — **80e réunion des naturalistes et médecins allemands.** — Cologne, septembre 1908. — Section d'otologie. — Compte rendu par Eugène Hopmann (de Cologne). — Traduction par Menier (de Figeac) (204). — 3e séance (séance commune aux sections otologique, rhinologique et laryngologique). — Président : Siebenmann (de Bâle) (204). — Sur les examens des oreilles chez les écoliers et la question des otologistes des écoles, par Seidler, Löwenstein et Hansberg (204).

Séance du 21 septembre 1908. — Président : Chiari (de Vienne). — Sur les processus non encore déterminés de la formation des sons chez l'homme et communication de recherches expérimentales sur le son produit par les cordes vocales et la formation des voyelles (avec projections), par Katzenstein (209).

III. — **Société parisienne de laryngologie, d'otologie et de rhinologie.** — Séance du 11 décembre 1908. — Président : Mounier. — Secrétaire général : Veillard (210). — Appareil pour la rééducation respiratoire nasale, Robert Foy (210). — Abcès du cervelet, suite de mastoïdite et de phlébite du sinus ; guérison, par Lubet-Barbon (210) — Fulguration et laryngotomie dans le cancer du larynx, par Georges Laurens (210). — Labyrinthite à forme vestibulaire, par A. Hautant (211). — Présentation de malades, par Castex (212).

IV. — **30e Réunion annuelle de la Société américaine de laryngologie.** — Montréal, 11, 12 et 13 mai 1908. — Président : H. Birkett. — Secrétaire : J.-E. Newcomb. — Compte rendu par Menier (de Figeac) (212). — Un cas de papillome sous-glottique guéri par fissure laryngo-trachéale, par Th. Harris (212). — Un cas de kyste branchiogène, par Th. Harris (212). — Forme hypertrophique rare de syphilis portant sur la gorge et l'épiglotte, par W. F. Chappell (212). — Quelques points négligés dans l'anatomie du pharynx, par Randall (213). — Traitement de l'hypertrophie amygdalienne inopérable par les injections interstitielles de nitrate d'argent, par Goodale (213). — La question du rhumatisme et de son origine due à l'infection tonsillaire, par G. H. Hope (213) — Sténose laryngée chez l'adulte traitée par le tubage : port continuel du tube pendant quatre ans, par Simpson (213). — Lésions membraneuses tertiaires du pharynx, des amygdales, de la bouche et du voile, ressemblant à de l'angine de Vincent. Compte rendu de trois cas, par Braden-Kyle (213). — Papillomes multiples du larynx chez les enfants, par H. Smith (213). — Sarcome de l'amygdale. Compte rendu d'un cas. Opération. Examen anatomo-pathologique, par J.-E Rhodes (214). — L'influence de l'adrénaline dans la production de l'artério-sclérose, par F. E. Hopkins (214). — Extraction d'un corps étranger (grain de blé) de la trachée d'un enfant de six ans, par J. H. Bryan (214). — Expérience personnelle dans l'emploi de la bronchoscopie, œsophagoscopie et gastroscopie avec compte rendu de 14 cas, par Halsted (214). — Quelques principes chirurgicaux essentiels pour le traitement de l'empyème du sinus frontal, par F. Barnhill (214). — Nombreux détails sur un cas de sclérome trachéal déjà présenté à la Société, par Mayer (215). — Un cas d'abcès du larynx après pneumonie, par T. Melville Hardie (215). — Cas de kyste du sinus frontal communiquant avec le lobe frontal, par C. F. Theisen (215). — Notes sur deux cas peu communs de sinusite frontale, par Price Brown (215). — Pyohémie d'origine sinusienne ; symptômes cérébraux graves soulagés par l'opération. Mort. Autopsie, par Lewis A. Coffin (215). — Papillitis atrophicans bilateralis linguæ, par H. L. Wagner (216). — Hyperplasie latérale de la langue, H.L. Wagner (216). — Variations de l'ostium frontal ; leur importance dans les opérations intra-nasales sur le sinus frontal ; topographie de la lame criblée, par Wilson (216). — Paralysie récurrentielle et paralysie des dilatateurs du larynx, par Gleitsmann (217). — Paralysie récurrentielle et dilatateurs du larynx. Symptomatologie, par Clarence C Rice (217). — Paralysies récurrentielles et des dilatateurs du larynx. Diagnostic et traitement, par W. E. Casselberry (217). — Kystes, abcès et œdème de l'épiglotte, par H. L. Swain 217). — Quelques conjonctures chirurgicales associées à la tuberculose du larynx, par Ch. P. Grayson (217). — Papillomes du larynx chez les enfants. Nouvelles considérations sur la question, par Payson Clark (217). — Phénomènes essentiels de la production de la voix, par Mills (217). — Phénomènes essentiels de la production de la parole, par Hudson Makuen (218). — Hémorragie consécutive à une angine. Ligature de la carotide primitive. Guérison. Etude de 51 cas d'hémorragie dépendant de la suppuration pharyngée, par J.-E. Newcomb (218). — La forme de la voûte palatine, par H -P. Mosher (218). — Méthode d'ouverture du sinus maxillaire. Présentation d'un nouvel instrument, par F. O. Roe (218). — La morphologie des cornets (218).

V. — **Réunion de l'association médicale britannique.** — Section d'oto-laryngologie. — Président : Wilkinson (de Sheffield) — Compte rendu par Dan MacKenzie. — Traduction par Menier (de Figeac) (219). — Résultats de l'épreuve du nystagmus chez les sourds-muets, par Tweedie (219). — Démonstration de la méthode ostéoplastique d'opération sur le sinus frontal, par Watson-Williams (219). — Remarques sur la paralysie du sixième nerf cranien (moteur oculaire externe) à la suite d'otite moyenne chronique suppurée avec compte rendu de deux cas, par J.-Stoddart-Barr (219). — Nouvelle opération pour fracture du nez avec enfoncement, par Ouston (220).

Séance du 31 juillet 1908. — Discussion sur les méthodes de traitement de la suppuration du sinus maxillaire, par Saint Clair Thomson (220). — Cellules pneumatiques accessoires dans le septum nasal comme développement rare du sinus sphénoïdal, par

SULFO-RHINOL du Dr FAYÈS

Baume nasal anti-bacillaire au Soufre naissant. Désinfectant, non toxique.

Une parcelle de ce Baume introduit dans les narines produit une inhalation constante de Vapeurs Sulfureuses analogues à celles des **Eaux Thermales** *: Cauterets, Luchon, Enghien, etc.*

SUPPRIME le **CORYZA**, l'**ÉTERNUEMENT** et la **TOUX**
GUÉRIT rapidement toutes les **MALADIES** de **NEZ, GORGE, LARYNX**
PRÉSERVE de la **CONTAGION** des Maladies des **VOIES RESPIRATOIRES**
Grippe, Angines, Bronchites, Pneumonie, **TUBERCULOSE**

Le Tube stérilisé : 1f50. — Phie Normale, 17, Rue Drouot et bonnes Phies - *Exiger la Marque* -
ou contre mandat adressé au **Dépôt Gal : 55, Rue du Temple, PARIS.**

Guérison rapide des
MALADIES de la **PEAU**
par la

SALBINE du Dr FAYÈS

Pommade au SOUFRE NAISSANT et OXYDE de ZINC

CALME les **DÉMANGEAISONS** et le **PRURIT**
SUPPRIME **ROUGEURS** du **VISAGE** **MASQUE** de **GROSSESSE**
GUÉRIT la **SÉBORRHÉE**, le **PITYRIASIS**
les **DARTRES**, l'**ECZÉMA** **Sec** ou **Humide**,
l'**ACNÉ**, l'**INTERTRIGO**, le **PSORIASIS**, etc.

Prix : 1.50 (*Exiger la Marque et le Tube d'Étain*)

Franco c. mandat adressé 55, Rue du Temple, Paris
au DÉPOT GÉNÉRAL du SULFO-RHINOL.
Se trouve à la Pharmacie Normale, 17, r. Drouot, Paris
et dans toutes les bonnes Pharmacies.

PASTILLES FAYÈS à la SULFOCAÏNE

Codéïne. Menthol et Aconit. - Pectorales et Antibacillaires

CALMENT immédiatement la **Toux** et les irritations de la **Gorge**
GUÉRISSENT rapidement **Rhumes, Bronchites, Angines**
Pharyngites, Laryngites, Enrouement, Oppression
PRÉSERVENT de la contagion de la **Grippe** et de la **Tuberculose**

Prix: 1.50 la boîte de 50 pastilles. (*Exiger la Marque*)
Franco c. mandat adressé 55, Rue du Temple, Paris au DÉPOT GÉNÉRAL du SULFO-RHINOL.
Se trouvent à la Pharmacie Normale, 17, r. Drouot, Paris, et dans toutes les bonnes Pharmacies

C. A. Parker (224). — Deux cents cas d'injection de paraffine pour remédier aux difformités nasales, par Walker Downie (224). — La rhinite atrophique ; sa pathologie, ses symptômes, son traitement, par James Adams (224). — Complications cérébrales des affections nasales, par le prof. Onodi (224).

VI. — **Société danoise d'oto-laryngologie.** — Séance du 14 octobre 1908. — Président : prof. H. Mygind. — Secrétaire : Mahler. — Compte rendu par Jörgen Möller. — Traduction par M. Bloch (de Paris) (225). — Cas de kyste laryngé avec pédicule de longueur inusitée, par Vald. Klein (225). — Présentation d'une malade atteinte de néoformation tuberculeuse laryngée, guérie par la thyrotomie, par E. Schmiegelow (225). — Impressions oto-laryngologiques au cours d'un voyage d'études aux Etats-Unis, hiver 1907-1908, par N. Rh. Blegvad (226). — Fracture de l'os temporal. Rupture du sinus transverse. Hématome épidural. Présentation de la pièce, par P. Tetens Hald (227). — Un cas de polype de l'œsophage (fibrome lymphangiectasique), ablation par œsophagoscopie. Présentation de la pièce, par P. Tetens Hald (229).

VII. — **Société berlinoise d'otologie.** — Séance du 29 mai 1908. — Président : Lucae. — Secrétaire des séances : Schwabach. — Compte rendu par A. Sonntag (de Berlin). — Traduction par Menier (de Figeac) (229) — Sur les aveugles sourds, par G. Brühl (229). — Enseignement des aveugles-sourds. Présentation de quelques élèves, par Riemann (231).

Séance du 3 juillet 1908. — Opération du sinus maxillaire, par Sturmann (232). — Présentation d'appareil, par Schaefer (232). — Présentation de pièces, par Wagener (232). — Carcinome de la base du crâne, par Claus (232). — Tumeur maligne de la fosse nasale gauche, par Claus (232). — Topographie de la fenêtre ronde chez l'homme, par Katz (233). — La fenêtre du limaçon des vertébrés, par Beyer (233).

VIII. — **Société royale de Médecine de Londres.** — Section otologique. — Président : Peter Mac Bride. — Compte rendu par Raoult (de Nancy) — Séance du 27 juin 1908 (233). — Suppuration de l'oreille moyenne ; phlébite du sinus latéral ; abcès cérébral, par P. Mc Bride (233). — Opération pour thrombose du sinus sigmoïde, par A. Logan Turner (234). — Malade opéré pour un abcès du lobe temporo-sphénoïdal gauche, au cours d'une otite moyenne suppurée récente, par A. Logan Turner (234). — Préparations macroscopiques et microscopiques provenant d'un cas d'abcès du lobe temporo-sphénoïdal avec thrombose du sinus sigmoïde gauche, par A. Logan Turner et Henry Wade (235). — Injection du sinus latéral, pneumonie et péricardite, ligature de la veine jugulaire, guérison complète, par W. Permewan (235). — Deux malades opérés de mastoïdite avec préservation de la membrane et des osselets, par A. Logan Turner (235). — Suite anormale de la cure radicale mastoïdienne, par W. G. Porter (235). — Greffes particlles faites avec l'aide de l'anesthésie locale dans le traitement post-opératoire de la cure radicale mastoïdienne, par J. Stoddart Barr (236). — Malade opéré de vestibulotomie, par J.-S. Fraser (236). — Suites de l'ablation des deux vestibules pour guérison du vertige, par George Gibson et Richard Lake (237). — Méningite otique avec coupes histologiques du labyrinthe montrant la présence de streptocoques, par Sydney Scott (237). — Notes préliminaires sur l'examen cytologique de l'écoulement dans des cas d'otite moyenne et de suppuration du sinus maxillaire, par John M. Darling (237).

IX. — **Société belge d'otologie, de laryngologie et de rhinologie.** — Session de 1908. — Congrès annuel à Bruxelles (*suite*). — Président : C. Delmarcel (de Louvain). — Compte rendu par C. Hennebert (de Bruxelles) (238). — De l'examen du sang dans les complications endocraniennes des otites et des sinusites de la face, par Fallas (238). — Quelques cas de polysinusites de la face opérés de cure radicale, par Delsaux (240). — Œsophagoscopie et trachéo-bronchoscopie, par Trétrôp (241). — Faits de trachéoscopie et de laryngoscopie directes, par Guisez (241). — Du diagnostic œsophagoscopique dans différentes formes de sténose de l'œsophage, par Guisez (242). — Kyste prélaryngien opéré et guéri, par Trétrôp (242). — Sténose laryngée ayant amené la mort subite, par Trétrôp (243). — Thiosinamine et fibrolysine dans le traitement des scléroses auriculaires, par De Stella (243). — Méningite séreuse et surdité, par De Stella (244). — Quelques cas de complications de l'opération des végétations adénoïdes, par Fallas (245). — Mastoïdite réchauffée. Thrombose sinusienne, par Fallas (245). — La répression du charlatanisme en matière otologique, par Trétrôp (245).

X. — **Société de laryngologie de Berlin.** — Séance du 15 mai 1908. — Président : Professeur Fraenkel. — Compte rendu par Max Scheier. — Traduction par Menier (de Figeac) (246). — Cas de cancer de l'amygdale, par Lebram (246). — Cautérisation à l'air chaud dans la tuberculose laryngée, par Rosenthal (246). — Cas d'amygdale surnuméraire, par Lewinstein (246). — Préparation de cancer de l'œsophage, par Grabower (246). — Préparation microscopique de queues de cornets inférieurs, par Alexander (246). — Pince pour l'ablation de reliquats de tumeurs adénoïdes, par Lennhoff (246). — Électrode pour la gorge, par Katzenstein (246). — Résection sous-muqueuse de la cloison, par E. Meyer (246).

Séance du 5 juin 1908. — Cas de morve chronique, par Ressom (247). — Cas de rhinosclérome, par Lewinstein (247).

CAPSULES DARTOIS

PRODUITS ORGANIQUES DE F. VIGIER

Pharmacien de 1re classe

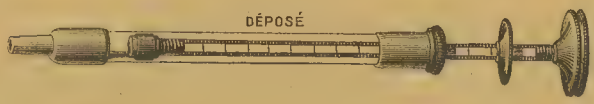
Lauréat des Hôpitaux de Paris et des Écoles de Pharmacie

12, BOULEVARD BONNE-NOUVELLE, **PARIS**

Capsules de CORPS THYROIDE à 0 gr. 10 centigr. Obésité, Myxœdème, Fibromes Métrorrhagie, Arrêt de croissance Consolidation de Fractures, etc.	**Capsules OVARIQUES** à 0 gr. 20 centigr. Chlorose, Troubles de la Ménopause et de la Castration Aménorrhée, Dysménorrhée, etc.	**Capsules de THYMUS** à 0 gr. 30 centigr. Chlorose Aménorrhée. Troubles de la croissance, Maladie de Basedow Pelade et pour le développement des Seins
Capsules SURRÉNALES à 0 gr. 25 centigr. Maladie d'Addisson. Diabète insipide Myocardite Scléroseuse Rachitisme	**Capsules ORCHITIQUES** à 0 gr. 20 centigr. Neurasthénie. Ataxie, Débilité sénile	**Capsules PANCRÉATIQUES** à 0 gr. 50 centigr. Contre le Diabète (calme la soif)
Capsules de PAROTIDE à 0 gr. 20 centigr. Contre affections ovariennes, le diabète et pour faciliter la digestion des féculents	**Capsules PROSTATIQUES** à 0 gr. 20 centigr. Contre les maladies de la prostate	**Capsules HÉPATIQUES** à 0 gr. 30 centigr. Contre la Cirrhose hépatique, l'ictère diabète, etc.
Capsules RÉNALES à 0 gr. 30 centigr. de Rein. Albuminurie, etc.	**Capsules SPLÉNIQUES** à 0 gr. 30 centigr. de Rate Anémie, Cachexie palustre	**Capsules GALACTOGÈNES** à 0 gr. 30 centigr de Placenta pour activer la sécrétion du lait

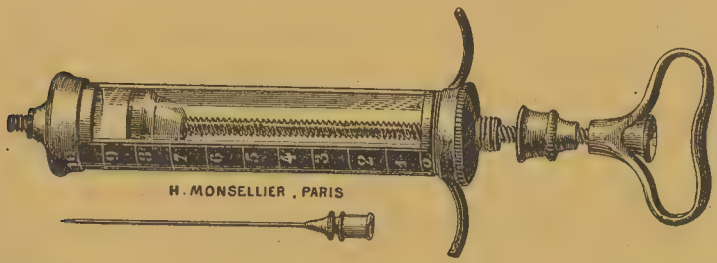
DOSE ORDINAIRE : *Ces diverses Capsules s'administrent à la dose de 2 à 6 par jour au moment des repas, selon l'ordonnance du médecin*

Grandeur naturelle



Seringue du Dr T. BARTHÉLEMY pour injection d'huile grise

PRIX NET : **10** FR. AU CORPS MÉDICAL



Seringue des Drs T. BARTHÉLEMY et LÉVY-BING pour injection d'huile iodée

MONSELLIER, *17, rue de l'Odéon, PARIS*

Séance du 12 juin. — Cas de nœvus vasculaire de la joue et du voile du palais, par Hempel (247). — Cas de lupus du larynx, par Max Scheier (247) — Nouvelle méthode de l'ouverture de l'antre d'Highmore, par Sturmann (248). — Cas de pulsation de l'amygdale palatine, par Davidsohn (248). — Sur l'importance des rayons X pour la rhinologie, par Max Scheier (248 — L'examen des cavités accessoires à l'aide des rayons de Röntgen, par Preiser (249). — Affections laryngées dans la sclérose en plaques, par Graefner (249).

XI. — **Académie de médecine de New-York.** — Section d'otologie. — Séance du 14 février 1908. — Président : A. B. Duel. — Compte rendu par Massier (de Nice) (249). — Un nouveau moteur électrique pour la chirurgie du crâne, par Wm Sohier Bryant (249). — Nouvelle lampe électrique (lumière de Tantale), par Haskin (250). — Cas de carcinome issu du conduit auditif externe, par Gruening (250). — Quatre cas d'ossiculectomie, par W.-H. Haskin (250). — Cas de bruits objectifs dus à un tic convulsif du tenseur et de l'élévateur du voile, par G.-B. Mac Auliffe (251). — Un cas de méningite d'origine otique. Opération, guérison, par P.-D. Kerrison (252). — Cas d'abcès cérébral avec aphasie, par B.-F. Knause (252).

XII. — **Société royale de Médecine de Londres.** — Section de laryngologie — Président : J.-B. Ball. — Compte rendu par A. Raoult (de Nancy). — Séance du 1er mai 1908 (253). — Photographies stéréoscopiques de malades opérés par différentes méthodes pour des sinusites frontales, par W.-S. Syme (253). — Pièces provenant de sarcome et de cas simulant le sarcome des voies respiratoires supérieures, par W. Jobson Horne (254). Mucocèle de la cellule ethmoïdale antérieure du côté gauche, ouverte par le nez, par Dan Mac Kenzie (253). — Polype post-nasal volumineux simulant un fibrome provenant de l'antre d'Highmore, par J. Dundas Grant (253 — Lupus de l'épiglotte, par W. Jobson Horne (254). — Paralysie du larynx, par H. Clayton Fox (254). — Tumeur de l'aryténoïde droit avec perte du mouvement de la corde vocale droite, par W. H. Kelson (254). — Angiome de l'amygdale droite, par T. Andrew Wylie (254). — Stridor laryngé, par J. Dundas Grant (254). — Ulcère lupoïde du plancher du vestibule nasal, par J. Dundas Grant (254) — Tumeur maligne située en arrière du cartilage cricoïde, par J. W. Bond (255). — Inflexion de la cloison nasale chez un phtisique, par A. Hamilton Burt (255) — Induration sous-cutanée du cou de cause indéterminée, par E. Ward (255). — Opération de Killian pour une suppuration du sinus frontal, par Dundas Grant (255).

XIII. — **Société laryngologique et otologique de Chicago.** — Président : A.-H. Andrews. — Compte rendu par Shambaugh (de Chicago) — Traduction par Massier (de Nice). — Séance du 10 mars 1908 (255). — Un cas de cholestéatome, par G. E. Shambaugh (255).

XIV. — **Académie médico-chirurgicale espagnole.** — Section d'oto-rhino-laryngologie. — Séance du 28 février 1908. — Compte rendu par E. Botella (de Madrid). — Traduction par B. de Gorsse (de Luchon) (258). — Paralysie faciale d'origine otique; guérison sans opération, par E. Botella (258). — Rhéostat de poche pour endoscopie, présenté par Tapia (259).

Séance du 16 mars. — Deux cas de mastoïdites suppurées sans otites, par Tapia (259). Séance du 30 mars. — Sténose œsophagienne infranchissable guérie par l'œsophagoscopie, par Goyanès (260).

XV. — **Société medicale hongroise** — Section de rhino-laryngologie. — Budapest, 1er décembre 1908. — Président : von Navratil, conseiller aulique. — Compte rendu par D. von Navratil. — Traduction par Menier (260). — Cas de tumeur de la langue, par E. Baumgarten (261). — Perte de substance de la trachée, par E. Baumgarten (261). — Cas de parésie vélaire peut-être congénitale, par E. Baumgarten (261). — Un cas d'angiome de la luette, par A. Onodi (261). — Sur le sinus frontal, par A. Onodi (261). — Cas d'abcès sub-lingual, par D. von Navratil (262).

XVI. — **IVe Réunion annuelle de la société américaine de laryngologie, otologie et rhinologie** tenue à Pittsburg les 28, 29, 30 mai 1908 — Président : Ewing W. Day. — Compte rendu par Massier (de Nice) (262). — Chevalet et attelle intra-nasale combinés pour prévenir et corriger les difformités en forme de dépression du nez, par William Wesley Carter 262).

XVII. — **Académie royale de médecine espagnole.** — Compte rendu par E. Botella (de Madrid). — Traduction par B. de Gorsse (de Luchon) (265). — Méningite pneumococcique d'origine otique, par Codisia (265).

XVIII. — **Société oto-rhino-laryngologique de Bucarest.** — Séance du 22 octobre 1908. — Président : Costiniu (de Bucarest). — Compte rendu par Birman-Bera (266). — Un cas de corps étranger sous-glottique chez un enfant de cinq ans et demi extrait par voie naturelle, par Seligmann (266). — Cas de rhinosclérome, par Seligmann (266).

XIX. — **Société oto-laryngologique de Saint-Pétersbourg.** — Président : V. Okuneff. — Compte rendu par M. de Kervily (de Paris). — Séance du 24 avril 1908 (267).

Librairie **J.-B. BAILLIÈRE,** *19, Rue Hautefeuille, PARIS*

COLLECTION C. CHAUVEAU

OUVRAGES PARUS :

L'Hygiène de l'oreille, par le professeur HAUG, de Munich, traduction et annotations par C. CHAUVEAU et M. MENIER.

L'Hygiène du nez et du larynx, par le professeur H. NEUMAYER, de Munich, traduction et annotations par C. CHAUVEAU et M. MENIER.

Thérapeutique des maladies de l'oreille, par HAMMERSCHLAG, docent à l'Université de Vienne, traduction et annotations par C. CHAUVEAU et M. MENIER.

Origine naso-pharyngée de la tuberculose pulmonaire, par M. BOULAY et F. HECKEL, de Paris.

Sur la symptomatologie et le traitement de l'aphonie spasmodique et d'autres troubles phonateurs d'origine spasmodique, par H. GUTZMANN, docent à l'Université de Berlin, traduction par M. MENIER.

Les suppurations du labyrinthe consécutives aux lésions purulentes de l'oreille moyenne, par le professeur GRADENIGO, de Turin, traduction par M. MENIER.

De la paralysie du moteur oculaire externe au cours des otites, par J. BARATOUX, de Paris.

Thérapeutique des maladies du larynx, par HEINDL, de Vienne, traduction et annotations par C. CHAUVEAU et M. MENIER.

Diagnostic et traitement des tumeurs malignes primitives des sinus maxillaires, par L. JACQUES, de Nancy, et H. GAUDIER, de Lille.

Hystéro-traumatisme de l'oreille, par le prof. DE STELLA, de Gand.

Éducation et rééducation vocales d'après la physiologie expérimentale, par A. ZUND BURGUET et René MYRIAL, de Paris.

Rétrécissements laryngés consécutifs au tubage et à la trachéotomie, par RABOT, SARGNON et BARLATIER, de Lyon. (*Les observations et les photographies publiées dans l'ouvrage n'ont pas paru dans les Archives.*) Ce volume se trouve à la librairie MALOINE, 25, rue de l'École de Médecine, Paris.

Tumeurs primitives des sinus du nez, par CITELLI, de Catane, et O. BELLOTI, de Milan, traduction par M. MENIER.

Les formes cliniques de la maladie de Ménière, par le professeur LANNOIS et CHAVANNE, de Lyon.

Les phlegmons du cou d'origine bucco-pharyngée, par J. BROECKAERT, de Gand.

PARAITRONT INCESSAMMENT :

Lésions du labyrinthe non acoustique démontrées par des recherches cliniques et expérimentales, par TORRETTA, de Gênes.

La voix et ses troubles, par A. PERRETIÈRE, de Lyon.

Essais sur la voix, par THOORIS, de Paris.



SPÉCULUM

du

Dr **TEXIER** (DE NANTES)

Pour l'examen de la partie

moyenne

des fosses nasales

SIMAL, 5, rue Monge, PARIS

— Sur le rhinosclérome expérimental, par G.-E. Joukoff (267). — Action de l'alcool sur l'oreille interne, par Tsytovitch (267).

XX. — **Congrès médical d'Australie** — Section d'otologie. — 8e session. — Compte rendu par Trivas (de Nevers) (268). — Discussion sur le traitement des suppurations des sinus accessoires, par Kent Hughes (268). — Sur les variations du trajet du facial, par Russell Nolan (268). — Sur le traitement des déviations de la cloison nasale, par Brady (268).

XXI. — **Deuxième Congrès espagnol de chirurgie** tenu à Madrid du 11 au 16 mai 1908. — Compte rendu par E. Botella (de Madrid). — Traduction par B. de Gorsse, de Luchon (268). — La trachéotomie et le tubage laryngé dans les processus larynges ou tracheo-bronchiques, qu'ils soient ou non de nature diphtérique, par Llorente (269). — Sur quelques points de technique opératoire de la cavité buccale, par Rivera (269). — Valeur pratique de l'œsophagoscopie, par E. Botella (269). — Sur quelques modifications dans la technique de l'extirpation totale du larynx, par E. Botella (269). — Présentation d'un trocart-aspirateur pharyngien, par Barajas (271). — Contribution à l'étude du traitement chirurgical des labyrinthites, par Tapia (272).

II. — BIBLIOGRAPHIE

I. — Physiologie et examen physique des canaux semi-circulaires, par Barany (compte rendu C. Chauveau) 273
II. — Précis des maladies de l'oreille, du nez, du pharynx et du larynx, par M. Lannois (compte rendu par A. Perretière, de Lyon) 277
III. — Le labyrinthe, organe du sens mathématique de l'espace et du temps (*suite*) par E. de Cyon (compte rendu par C. Chauveau) 283
IV. — Manuel des maladies du nez et de la gorge, par Herbert Tilley (compte rendu par Trivas (de Nevers) 287
V. — Compte rendu de la clinique oto-rhino-laryngologique de l'Université de Rome (*suite*) (compte rendu par C. Chauveau) 288
VI. — Sur l'organe de l'ouïe des oiseaux, par J. Breuer (compte rendu par C.-J. Kœnig de Paris) 289
VII. — Les maladies du larynx et de la trachée, par Cisler (compte rendu par Imhofer, de Prague et Bloch, de Paris) 292
VIII. — Images du tympan d'artistes musiciens, par Gevers Leuven (compte rendu par Menier, de Figeac) 293
IX. — Nouveau tube-guide pour la trachéobronchoscopie directe, par V. de Cigna (compte rendu par Massier, de Nice) 295

III. — REVUE DES THÈSES

I. — Anatomie de l'espace maxillo-amygdalien, région sous-angulo-maxillaire, par Pierre Descomps (analyse par A. Grossard, de Paris) 298
II. — Leucoplasie laryngée, par Gaston Poyet (analyse par A. Grossard, de Paris) 299
III. — Contribution à l'étude des abcès latéro-pharyngiens chez l'enfant (abcès de la région styloïdienne), par Adrien Moy (analyse par A. Grossard, de Paris) .. 301
IV. — Traitement des sinusites frontales bilatérales par la trépanation médico-frontale et le drainage en Y avec résection de la lame perpendiculaire de l'ethmoïde, par Marcel Martin (analyse par A. Grossard, de Paris) 303
V. — Étude clinique sur le nystagmus rythmique provoqué, par Maupetit (analyse par R. Beausoleil, de Bordeaux) 305
VI. — Traitement de la diphtérie primitive de l'amygdale pharyngée, par Giresse (analyse par Molard) 306

IV. — NOTES DE LECTURES

Au sujet du traitement des corps étrangers avec sténose bronchique, par C. Killian et W. Brünings (analyse par C.-J. Kœnig, de Paris) 307

V. — ANALYSES

I. *Oreilles.* — Observations sur la « spina supra meatum », par A. Penza (315). — Sur l'ablation du cérumen et des corps étrangers du conduit, par Mueller (315). — Hémorragie spontanée mortelle de l'oreille, par H. Halasz (315). — L'os occipital en otologie et rhinologie, par Ernest de Wolfe Wales (316). — Sur l'ankylose de l'étrier sans production d'os spongieux, par Alwin Markmann (317). — Rapports de la forme du lobule de l'oreille avec la tuberculose, par G. Rossolino (319). — L'anesthésie cocaïnique des canaux semi-circulaires, par Capaldo (320). — Examen fonctionnel des canaux semi-circulaires par le réflexe nystagmique, par A. Hautant (320). — Mensuration quantitative

CAPSULES DARTOIS



MAISON VERICK

M. STIASSNIE SUCCESSEUR

OPTICIEN

Officier de l'Instruction Publique, Chevalier du Mérite Agricole

MÉDAILLE D'OR

aux Expositions Universelles de PARIS, 1889-1900

FOURNISSEUR DE :

l'Institut Pasteur, de la Faculté des Sciences, de l'École des Hautes Etudes, de la Faculté de Médecine, de l'Ecole de Pharmacie, des Ministères du Commerce, de la Guerre, de la Marine et des Colonies, des Hôpitaux Civils et Militaires, des principales Facultés Françaises et Etrangeres, etc., etc.

Microscopes et Appareils accessoires pour les études micrographiques

LE CATALOGUE ILLUSTRÉ EST ENVOYÉ FRANCO SUR DEMANDE

204, Boulevard Raspail, 204, PARIS

TÉLÉPHONE : **705-79**

Coryza, Otites, Pharyngites, Bronchites, Grippes, Ozène, etc.

L'ANTIRHINITE

Pommade Antiseptique — Décongestive — Analgésique

Chl. Cocaïne — Chl. Adrénaline — Menthol, etc.

L. DUBUET, *pharmacien de 1re classe*, **96, rue Lafayette, PARIS**

GROS, PIOT et LEMOINE, 28 rue Sainte-Croix-de-la-Bretonnerie, PARIS

CHIRURGIE

Accouchements

HYGIÈNE GÉNÉRALE

GLYCOFORME BOUTRY

PHARMACIE BOUTRY

1, rue d'Odessa, PARIS

ANTISEPTIQUE

à base de formol

ÉCHANTILLON SUR DEMANDE

MENTHOSINE VINCENT

Dragées à base de miel, Menthol,

Erysimum, Benzoate de soude, Codéine, Cocaïne, Aconit

LARYNGITES — TOUX — ENROUEMENT — GRIPPE

DÉPÔT GÉNÉRAL : *12, rue du Pont-Neuf et toutes Pharmacies.*

du nystagmus calorique dans un cas de fistule labyrinthique avant et après la production de la fistule, par I. Kiproff (321). — Du nystagmus rythmique provoqué en dehors de toute affection pathologique, par P. Piétri et Maupetit (322). — Contribution à la bactériologie de l'otite moyenne aiguë compliquée de mastoïdite purulente, par André Mark (323). — Sur la présence de particules spéciales dans le pus des otorrhées chroniques traitées par la photothérapie, par Dionisio (324). — Sur le traitement du catarrhe aigu de l'oreille moyenne, par Walle (324). — L'opportunité opératoire dans l'infection aiguë de l'oreille moyenne, par Forns (324). — Sarcome de l'oreille moyenne par Zebrowski (325). — Quelques complications de l'otorrhée chronique, par H.-H.-B. Cunninghaus (325). — Contribution au traitement et au pronostic de la suppuration chronique moyenne, par Rupprecht (325). — Quelques complications de l'otorrhée chronique, par Cunnnigham (326). — Traitement consécutif à la cure radicale de l'otorrhée, par Jansen (327). — Les indications de l'opération radicale bilatérale spécialement au point de vue fonctionnel, par Ruttin (327). — Considérations sur quelques cas de lésions mastoïdiennes, par Rueda (328). — Méningite et mastoïdite, par Piétri et Magne (330). — Un cas de mastoïdite avec complications cérébrales, par Knause (330). — Observations sur les complications intra-craniennes de la suppuration de l'oreille moyenne, par I. S. Kopetsky (331). — Observations de dix cas de complications intra-craniennes consécutives à une suppuration de l'oreille moyenne, par I.S.-Kopetzky (331). — Deux cas de thrombose du sinus compliqués d'abcès cérébral dans les lobes temporo-sphénoïdaux, par Wm. R. Dabney (333). — Un cas de suppuration et de nécrose du labyrinthe. Opération. Guérison, par Tobey (334). — Otite interne aiguë avec compte rendu d'un cas, par Stillman (334). — Thrombose des sinus et pyohémie septique d'origine otique, par N. Bélogolovoff (335). — Un avertissement aux chirurgiens otologistes, par Gonzalez Alvarez (336).

II. *Nez et sinus.* — Absence congénitale du cartilage de la cloison nasale, par Magne (336). — Remarques sur l'obstruction nasale, par Walter Spencer (336). — Un simple procédé pour empêcher l'aspiration des ailes du nez, par G. Heermann (337). — Sur le traitement du coryza aigu, par Levy (337). — Rhinite atrophique, par John Sendziack (337). — Sur les déhiscences des sinus maxillaires, par Kanosugi (338). — Étude sur les polypes du nez d'après les observations personnelles recueillies de 1896-1906, par F. Stephanovsky (338). — L'anesthésie intra-osseuse dans la cure radicale des sinusites maxillaires, par Garrot (338). — De l'anesthésie locale dans les opérations sur le sinus maxillaire, par Gordon King (339). — Ouverture intra-nasale du sinus maxillaire, par Sturmann (339). — Traitement ioduré dans les suppurations des sinus, par Hempel (339). — Affections des cavités accessoires du nez et de l'œil, par A. Rosenberg et Baum (340). — Sur l'intervention opératoire dans les sinusites frontales, par Berini (341).

III. *Larynx.* — Sur l'étiologie et le traitement des nodules des cordes vocales trouvés chez les chanteurs, par Barth (341). — Mort subite par œdème de la glotte, par Lande (342). — Etiologie de la paralysie des récurrents d'origine périphérique, par Bryson Delavan (342). — Contribution à l'étude des paralysies du nerf récurrent, par O. Körner et M. Sebba (342). — Laryngostomie pour sténose cicatricielle du larynx, par Vignard et Sargnon (343). — Au sujet des accès tardifs après l'ablation du larynx, par V.-M. Mints (344). — Quatre cas de sténose chronique guéris par laryngotrachéostomie, par Melzi et Cagnola (344). — Sur le traitement du cancer du larynx, par J. Sendziack (345).

IV. *Pharynx.* — L'amygdale considérée d'un point de vue évolutioniste, par F. Wright (347). — Anatomie des vaisseaux lymphatiques et sanguins des amygdales, par K. Orléansky (347). — Au sujet de la fréquence des adénoïdiens, rapport des végétations adénoïdes avec l'augmentation de volume des amygdales palatines et avec la forme de la tête, par T. E. Gavriloff (348). — L'angine et la tuberculose miliaire, par Lublinsky (348). — Bactériologie des abcès amygdaliens et périamygdaliens, par Piétri (349). — Un cas de pseudoleucémie ou lymphadénie d'origine amygdalienne, par Delie (349). — Migration d'un fragment de tissu à travers la trompe d'Eustache après l'ablation des végétations adénoïdes, par E. Kronenberg (351). — Pathologie de l'amygdale palatine, par Babitt (351). — Papillome de l'amygdale, par Philip (351). — Les opérations pour tumeurs naso-pharyngiennes, par Kobylinsky (351). — Nouvelle méthode opératoire plastique par les oblitérations du naso-pharynx, par Maljutin (352). — L'exclusion des voies respiratoires dans l'ablation du cancer du voile du pharynx et de la bouche, par Durand (352).

V. *Bouche.* Actinomycose sous-maxillaire, par Alamartine (353). — Relation d'un cas de fibromyxome du maxillaire supérieur gauche, comprenant le bord alvéolaire, le plancher, les parois antérieures et postérieures de cet os. Durée 6 ans, par W.-H. Haskin (354). — Contribution à la connaissance des tumeurs amyloïdes de la langue, par Heller (354).

VI. *Audition, surdi-mutité.* — Contribution à la connaissance de la surdi-mutité dégénérative héréditaire. Sur un lien probable entre la « surdité héréditaire » et l'« ataxie héréditaire », par V. Hammerschlag (354). — Les degrés de surdité dans les perforations du tympan, par Sune y Molist (356).

CAPSULES DARTOIS

« LE STÉRÉSOL » (NOM DÉPOSÉ)

VERNIS ANTISEPTIQUE ADHÉRENT AUX MUQUEUSES ET A LA PEAU, est employé avec succès dans beaucoup de maladies de la **gorge**, de la **bouche** et du **nez**, ainsi que pour le traitement des brûlures, des engelures, de l'**eczéma**, etc.

Se trouve chez **G. DARRAGON**, pharmacien à **GRENOBLE**, acquéreur du titre et des formules du **STÉRÉSOL BERLIOZ** ; chez SIMON et MERVEAU, 21, rue Michel-le-Comte à Paris, et dans les principales pharmacies.



Pulvérisateur Vaast

POUR

LA PULVÉRISATION

DES

Huiles médicamenteuses

PRESCRITES

Dans les Affections des Voies respiratoires

Prix : 6, 50

22, Rue de l'Odéon, Paris.

L'Asepsie Absolue

ne peut être garantie que par le

BOUCHAGE dans l'AUTOCLAVE fermé

employé seulement par le

LABORATOIRE GÉNÉRAL DE STÉRILISATION

par les Procédés brevetés S. G. D. G. de Robert, Lescure et Carrière

ROBERT & CARRIÈRE

37, Rue de Bourgogne, **PARIS**, Usine à Bourg-la-Reine

PANSEMENTS COMPOSÉS POUR :

Mastoïdites :

3 Compresses toile moyenne
20 Boulettes noix ;
30 Compresses non cousues 15 × 15 ;
10 Mèches gaze fine 2 cm. × 16 cm. ;
50 gr. Coton hydrophile ;
50 gr. Coton ordinaire ;
1 Bande gaze 10 cm. × 5 cm.
2 Épingles de sûreté.

Sinusite.

3 Compresses toile moyenne
20 Boulettes noix ;
30 Torsades doubles de 15 cm
4 Bourdonnets de gaze ;
50 gr. Coton hydrophile
50 gr. Coton ordinaire ;
1 Bande gaze 10 cm. × 5 cm
2 Épingles de sûreté.

Ampoules-Seringues auto-injectables.

Bromethyl mitigé ; pas d'odeur d'ail ; pas de contracture.

Eau oxygénée boriquée, non irritante.

Mèches de gaze déroulable. — Vaselines antiseptiques en tubes d'étain.

VII. *Orthophonie.* — Contribution à l'étude du mécanisme de la voix de poitrine et de la voix de fausset, par Fischer et Möller (358). — Les troubles de la voix dans les diverses affections de l'état général, par W Wells (358). — Les points essentiels dans la production de la voix, par Hudson Makuen (359).

VIII. *Trachée, corps thyroïde, œsophage.* — Périchondrite trachéale d'origine grippale, par Piétri (359). — Autoplastie trachéale, par von Saar (360). — Extraction d'une fève de la bronche gauche par le bronchoscope, par Cohen (360). — Nanisme et crétinisme d'origine thyroïdienne sans myxœdème, par Commandeur et Trillat (360). — Goitre calcifié, par Rocher (360). — Contribution à la pathologie de la muqueuse œsophagienne, par Lindemann (360). — De l extraction par l'œsophagoscopie de plusieurs corps étrangers enclavés dans l'œsophage (arête, dentier, bouton de corozo), par Guisez (361). — Monnaie ancienne d un cuarto extraite par œsophagoscopie, par Tapia (361). — Traitement des rétrécissements cicatriciels de l'œsophage par le bougirage rétrograde sans fin, en employant des tubes coniques, par Lieblein (362).

IX. *Thérapeutique générale.* — Nouveau traitement de l'asthme bronchique, par Gimzel (362). — Le bioxyde d'hydrogène en otothérapie, par Forns (362). — Sur la paraffine pour les prothèses, par S. Stein (363). — De la méthode conservatrice dans le traitement de certaines affections du nez et des oreilles, par Harry L. Myers (363).

X. *Varia.* — De la traduction des expressions cliniques en leurs équivalents histologiques dans les maladies de la gorge et du nez, par J.-L. Goodale (364) — Section du pneumogastrique et du sympathique, par Brindel (364). — Sur le rôle du canal lacrymo-nasal dans l'étiologie de la dacryo-cysto-blennorrhée. Traitement de cette affection, par V. Daguilaïsky (364). — Un cas d'hydrocéphalie interne aiguë consécutive à une infection streptococcique du labyrinthe, par Sydney R. Scott (365).

INFORMATIONS 366
NOMINATIONS 366
ERRATA 367

ENGHIEN-LES-BAINS
(Seine-&-Oise)
Eaux les plus sulfureuses de France
33 centimètres cubes d'Hydrogène sulfuré par litre
AFFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES
Rhumatismes, Peau — Expédition d'Eau.

Pour ÉVITER les CONTREFAÇONS du THIOCOL prescrire
Sirop Roche au Thiocol
Comprimés de Thiocol Roche
F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie, 7, Rue St Claude, PARIS (3e)

AVIS *Cette annonce détachée et envoyée à notre adresse sous pli cacheté et affranchie à* 15cent. *servira de* BON POUR UN ECHANTILLON

CAPSULES DARTOIS

Reconstituant général, Dépression du Système nerveux, Neurasthénie.

PHOSPHO-GLYCÉRATE DE CHAUX PUR

NEUROSINE PRUNIER

NEUROSINE-SIROP — NEUROSINE-GRANULÉE
NEUROSINE-CACHETS

Débilité générale, Anémie, Phosphaturie, Migraines.

DÉPOT GÉNÉRAL :
CHASSAING et Cie, Paris, 6, avenue Victoria

MALADIES DES VOIES RESPIRATOIRES · TUBERCULOSES

CAPSULES COGNET

EUCALYPTOL ABSOLU IODOFORMO-CRÉOSOTÉ

ANTISEPTIQUE PULMONAIRE INCOMPARABLE

A. COGNET, 43, Rue de Saintonge, PARIS. et TOUTES PHARMACIES

TUBERCULOSE — DIABÈTE
ANÉMIE — FIÈVRES PALUDÉENNES

ARRHENAL

CHIMIQUEMENT PUR
PRÉPARÉ PAR
ADRIAN

Gouttes contenant chacune...		2 millig.
Ampoules stérilisées....	à	50 —
Comprimés dosés.....	à	25 —
Granules —	à	1 centig.

CHLOROFORME

CHIMIQUEMENT PUR

préparé pour l'Anesthésie

En Ampoules de 30 et 60 grammes et
En divisions dans toutes les Pharmacies.

ADRIAN

SE TROUVE DANS TOUTES LES PHARMACIES

En FLACONS de 30 grammes fermés à la lampe.



Préparé Spécialement pour PRATIQUER les ACCOUCHEMENTS sans DOULEUR

Vente en gros : 9 et 11, *Rue de la Perle, Paris.*

PRODUITS IODURÉS & BROMURÉS SOUFFRON

IODURE de POTASSIUM (CHIMIQUEMENT PUR)
Solution Souffron à 1/15e, une cuillerée à potage contient 1 gr. KI
Sirop — à 1/20e, — — 1 gr. KI
Dragées — dosées à 0 gr. 25 centigr.

IODURE de SODIUM (CHIMIQUEMENT PUR)
Solution Souffron à 0/15e, une cuillerée à potage contient 1 gr. NAI
Sirop — à 1/20e, — — 1 gr. NAI
Dragées — dosées à 0 gr. 25 centigr.

IODURE BI-IODURÉ (CHIMIQUEMENT PUR) (KI+Hg. I²)
Solution bi-iodurée Souffron (KI + Hg. I²)
Une cuillerée à potage contient KI, 1 gr. + Hg. I², 1 centigr.
Dragées bi-iodurées Souffron.
Une dragée contient KI, 0 gr. 25 + Hg. I², 2 milligr. 1/2.

Notre solution bi-iodurée, *plus forte que les préparations similaires, ne porte pas sur l'étiquette les mots :* Mercure, Hydrargyre, Syphilis, etc., *elle évite toute suspicion.*

AMPOULES SOUFFRON bi-iodurées *Huile ou Solution aqueuse*
Rigoureusement stérilisées, se trouvent par boîtes de 6 ampoules.
Ampoules faibles titrées à 4 milligr., les fortes à 0 gr. 01 centigr.

BROMURE de POTASSIUM ou de Sodium (CHIMIQUEMENT PUR)
Solution Souffron 2/15es, une cuillerée à potage contient 2 gr. KBr
Sirop — 2/20es, — — 2 gr. KBr

TOLÉRANCE ASSURÉE — NI IODISME, NI BROMISME
Se trouvent chez les Spécialistes et toutes Pharmacies
PRIÈRE DE PRESCRIRE : **Solution**, **Sirop** ou **Dragées Souffron** à :

L'ARTHRITISME

et toutes ses manifestations

ANGINES HERPÉTIQUES

Rhumatismes, Goutte, Gravelle

Sont avantageusement combattus par l'usage des

SELS EFFERVESCENTS

DE

Lithine LE PERDRIEL

Les meilleurs dissolvants de l'Acide urique



Spécifiez et *Exigez* le nom LE PERDRIEL pour éviter la substitution de similaires inactifs, impurs ou mal dosés

LE PERDRIEL — PARIS et toutes pharmacies

FICHES BIBLIOGRAPHIQUES

Dilatation des sinus frontaux par empyème.

Beer. Traité d'oculistique, Vienne, 1817, II. cap. 5.

Berger. Thèse de Kiel, 1887. Cinq cas de dilatation des sinus frontaux par empyème.

Billroth. Mode de développement des sinus frontaux et leur dilatation pathologique. *Arch. f. klin. Chir.*, 1871, XIII, p. 192.

Billroth. *Clinique chirurgicale*, 1874-1876-1879.

Ferguson. Deux cas de dilatation des sinus frontaux. *New-Zealand med. J.*, 1889.

Griffith. *Ophtalm. soc. of the united Kingdom*, 1900. Compte rendu de 16 cas, etc.

Jeaffreson. *The Lancet*, 1889, II.

Kühnt. Cité *in* thèse de Limburg passée à Iéna (*über das Empyem der Stirnhöhle*).

Lichtwitz. Sur les maladies des cavités annexes du nez. *Prager. med. Woch*, XIX[e] année, 1894.

Magnus. *Klin. Monatsblätter für Augenheilk.*, 1886.

Mendel. Ueber die nasale Augen, etc. *Zentralblatt f. pracktische Augenheilk.*, 1901.

Otto. *Deutsche Arch. f. klin. Med.*, 1873.

Praun. Maladies des sinus frontaux. Thèse d'Erlangen, 1890.

Kisley. *Internat. Zentralblatt f. Laryng.* 1902.

Sattler. Chirurgie des sinus. *The medical News*, N.-Y., 1898.

Sattler. Symptômes oculaires et orbitaires. *The medical News*, N.-Y, 1899.

Schenke. Sur les maladies des sinus frontaux. Thèse de Iéna, 1898.

Silex. *Berl. klin. Woch.*, 1896, n° 51.

Snellen. *The Lancet*, 1897, I, p. 452.

Symonds. *British med. J.*, 1899, II.

Tilley. *British med. J.*, 1900, II, p. 647.

Weige. Voir l'ouvrage de Steiner.

Wells. *The Lancet*, 1890, vol. I, p. 694.

Sinusites frontales au point de vue ophtalmologique.

Axenfeld. Contribution à la pathologie et thérapeutique de l'antrite frontale. *Deutsche med. Wochenschr.*, 28[e] année, 2 octobre, 1902, n° 40, 714.

Barth. Opération des sinusites frontales. *Archiv für klinische Chirurgie*, 57 Bd. 761.

Brandt. Thèse de Fribourg, 1902.

Burger. La diagnose de l'antrite frontale. *Jahresbericht Virchow*, Hirsch., 1894, II, 135.

Eschweiler. La casuistique de l'empyème des sinus. Thèse de Giessen, 1899, 30 nov.

SULFO-RHINOL DU Dr FAYÈS

Pansements
Gargarisme
Injections
Inhalations
Affections cutanées

PHENOSALYL
TERCINET
Seul Antiseptique composé
approuvé par l'Académie de Médecine.

Résultats thérapeutiques remarquables et rapides.
NON TOXIQUE
SOLUBLE DANS L'EAU
Flacons de 125 et 250 gr.
Toutes Pharmacies

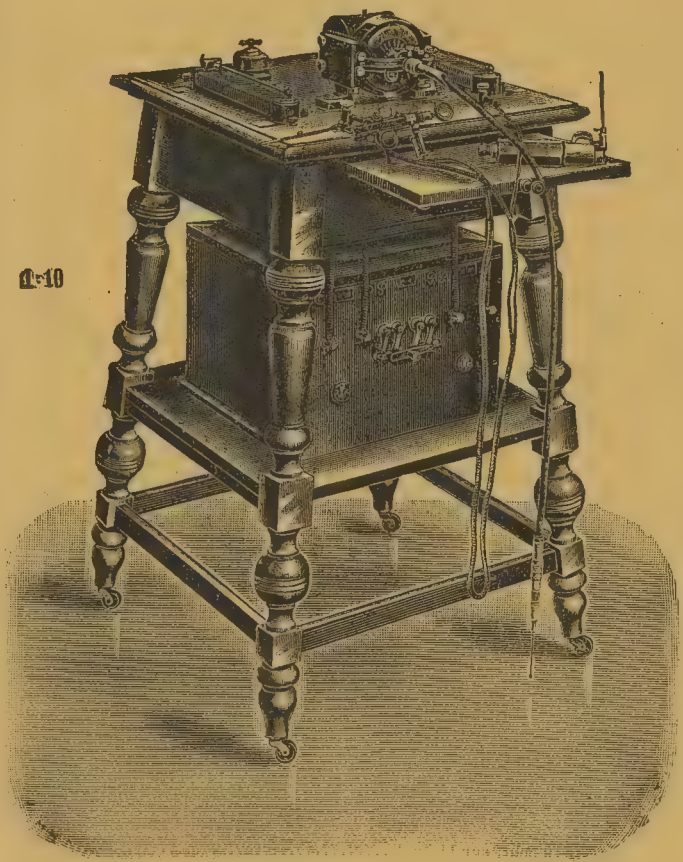
DOSE : Une Cuillerée à soupe pour un litre d'eau tiède.

Société pour la fabrication d'appareils électriques

HELLER, COUDRAY & Cie, 18, Cité Trévise, PARIS

Appareils de physique, de projection, etc., pour Laboratoires, Facultés, etc.
Catalogue spécial sur demande.

Appareils de chauffage électrique, Stérilisation et autres usages médicaux.
Catalogue spécial sur demande.



Appareil universel fonctionnant par accumulateurs, pour laryngologistes : donnant cautère, lumière, anses, massage de la gorge, opérations chirurgicales, trépanation, etc., etc.

Appareils d'Électricité Médicale et Industrielle. — **Spécialité de Moteurs et Accessoires pour Massage vibratoire** (courant continu et courant alternatif), **Tableaux de distribution pour toutes applications médicales, Transformateurs, Appareils pour la production des rayons X, Bains de lumière, Bains hydro-électriques haute fréquence, etc., etc.**

Envoi du Catalogue sur demande.

FREUDENTHAL. Nouvelle contribution à l'opération, etc. *Arch. intern. de laryngol.*, etc., t. XX, 1905, III, S. 764, FIV.

GALLEMAERTS. Sinusite frontale, etc. (Policlinique. n° 10, 1902). Extrait de *Intern. Centralblatt f. Ohrenheilkunde*, Bd. I, 1903. S. 272 Ref.

GERMANN. Complications et traitement des affections. *S. Petersburger Augen-Heilanstalt*, Heft V, 1898, S. 73.

GOSETTI. *Zentralbl. f. prakt. Augenheilk.*, 19 jahrg. 1895, october. S. 313 f. i. 3,

GOLOWINE. Traitement opératoire des affections du sinus frontal, XII[e] Congrès int. de méd. Moscou. S. 215 section opht., 1892.

GROLEMANN. Troubles oculaires d'origine sinusienne. *Allgem. Wiener med. Zeitung*, 38 Jahrg 1893, Nr. 15, S. 161, 11 april.

GUILLEMAIN. Étude sur les abcès des sinus frontaux considérés principalement, etc. (Panas). *Archives d'ophtalmologie*. Bd. II, 1891, S. 131.

HAJEK. *Arch. int. de laryng.*, etc. (au point de vue intervention), 1 SS, 1906.

HAJEK. *Wiener klin. Wochenschr.*, n° 6, 1906.

HOFFMANN. *Zeitschrift f. Augenh.* Bd. 16.

HOWARD and INGERSALL. *American journal of the med. science*, 1898, vol. 115, S. 250, CXXII.

KEIMER. *Deutsche med. Wochenschr.* Nr. 43, 13 october 1904, S. 1555.

KUHNT. Maladies inflammatoires des sinus nasaux.

LAUFFS. Cité par les *Arch. int. de laryng.* etc., t. XXIV, n° 6, 1907, S. 942.

LOTHROP. L'anatomie et la chirurgie, etc. *Annals of Surgery*, vol. XXIX, 1899, S. 207.

LEBER. *Græfes Archiv.* Bd. 26. C. 3, H. 1580, S. 267.

MARCHIK. *Wien. klin. Wochenschr.*, 1907, Nr 30, S. 927.

MOLINIÉ. *Bull. et mém. de la Soc. franç. de laryng.* Bd. XV, S. 180, 1899.

ORTEGA. Contribution à l'étude de l'empyème, etc. Thèse de Paris, f. 2, 1895.

PAUNZ. *Knapps Archiv f. Augenheilk.*, 32 Bd., S. 380, 1895.

PELTESOHN. *Centralblatt für prakt Augenheilk.*, S. 35, f. 3.

PRAUN. Les suppurations du sinus frontal, leur traitement chirurgical. Thèse d'Erlangen, 1890.

SULFO-RHINOL DU Dr FAYÈS

Porte-Mouchoirs Aseptiques
DE
L. CASADESUS
183, Faubourg Poissonnière, 183, PARIS

Construit d'après les indications de M. le docteur **A. CALMETTE**, directeur de l'Institut Pasteur de Lille. Présenté à l'Académie de Médecine par M. le docteur **BROUARDEL** (14 octobre 1902).

Mouchoirs 20 cent. sur 14 cent..... **2.50** la grosse
Tire-langue 16 cent. sur 12 cent..... **2.25**
(Pris par 24 grosses)

Indispensables à tous les médecins spécialement aux Docteurs pour les maladies de la Gorge, du Larynx, du Nez et des Oreilles. — Ces mouchoirs et tire-langues ne peuvent servir qu'une fois.

BENZOCALYPTOL (Benzoate de Gaïacol eucalyptolé et Pin d'Ecosse mentholé)
Maladies inflammatoires et infectieuses de la gorge, du larynx, du nez, des bronches

S'EMPLOIE
Inhalations 2 cuillerées à soupe dans un inhalateur à air. | En Pulvérisations 1 cuillerée à café par verre d'eau tiède.
Fumigations 2 cuillerées à café par verre d'eau chaude. | En Vaporisations 1 c. à soupe par verre d'eau bouillante.
(*Avec l'inhalateur d'air du Dr W. RICHARDSON*)
Pharmacie Universelle, 213, Rue Saint-Honoré

GOUTTES LIVONIENNES
de TROUETTE-PERRET
(Créosote, Goudron & Tolu)
Le remède le plus puissant contre les
Affections des Voies Respiratoires
Quatre Capsules par jour aux repas.
TROUETTE, 15, rue des Immeubles-Industriels, PARIS.

POUDRE DE VIANDE
de TROUETTE-PERRET
La plus agréable à prendre
sans odeur ni saveur.
TROUETTE, 15, rue des Immeubles-Industriels, PARIS

KÉFIR CARRION
Dyspepsies, Tuberculose
0f35 c. la bouteille de 250 gr. livrée à domicile.

KÉFIROGÈNE CARRION
Pour préparer soi-même le **KÉFIR**
2 fr. les 10 doses.
54, Faubourg Saint-Honoré, PARIS.
TÉLÉPHONE 136-64.

ENGHIEN-LES-BAINS
(Seine-&-Oise)
Eaux les plus sulfureuses de France
33 centimètres cubes d'Hydrogène sulfuré par litre
AFFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES
Rhumatismes, Peau — Expédition d'Eau.

Laboratoire d'Analyses Médicales
A. GUILLAUMIN, **Pharmacien de 1re Classe**
Docteur de l'Université de Paris — Ex-interne des Hôpitaux
Analyses biologiques — Examens bactériologiques — Sérums physiologiques — Ampoules médicamenteuses — Pansements antiseptiques
Comprimés d'oxycyanure d'hydrargyre Guillaumin dosés à 0 gr. 50
Pharmacie MELLET et GUILLAUMIN, 168, boulevard Saint-Germain. PARIS
Téléphone 821.25.

Antisepsie par l'oxygène naissant
OXYGÉNO-BORE "OBS"
aux superborates et peroxydes alcalins
Produit recommandé par son action microbicide énergique et inoffensive.
Maladies de la bouche, de la gorge, du nez, des oreilles, des voies génitales et uréthrales.
DÉPÔT GÉNÉRAL : *10, rue Victor-Hugo, Neuville-s.-Saône, et dans toutes les Pharmacies.*

RICHARDS. Personnal experiences with empyemata of the frontal sinus (Candidates thesis Americ. laryng. assoc. Atlantic city meeting, 1905). *The american journal of the med.*, vol. 130 C. VII, IX, XII. XIII, 1905.

RICHTER. Sinusites frontales suppurées, non perforatives. Thèse de Leipzig, S. 51, F. 2-3, 1895.

ROLLET. *Annales d'oculistique*, 65e année, t. 197, S. 446, 1902.

RÖPKE. Traitement radical de la sinusite frontale. *Fränkels Arch. f. Lar.* Bd. VIII, f. 8, S. 321.

SCHANZ. *Int. Centralbl. f. Laryng.*, Nr. 8, S. 360, 1891.

SCHMIEGELOW. *Zeitschrift für Ohrenh* B. XLIV, 1903.

SCHUTE. Empyème du sin. front. (Virg med. Monthly. Richemond, mai 190 bibliogr. C. Couzard. Thèse de Paris 1901.

SILCOCK. Distension par le mucus et em pyème du sinus frontal. *The practitioner* 1892. Bd. I, S. 258, C. III, IV.

STANCULEANU. Rapports anatomiques e pathologiques. Thèse de Paris. S. 8 1902.

TILLEY. Une investigation du sinus fron tal, etc. *The Lancet*, 1896, sept 26, II S 869.

Mucocèles et kystes des sinus frontaux.

ASMUS. *Deutsche med. Woch.*, 1906, II.

AVELLIS. *Fränkels Arch. f. Laryngologie*, XI, 1901.

BABER. *Interhational Centralblatt f. Laryngologie.*

BADUEL. Thèse de Bordeaux, 1903 (Des abcès de l'orbite).

BARK. Thèse de Paris, 1900.

BARKHAUSEN. Cas d'hydatide dans Nouvelle (neue) bibliothèque de chirurgie, 1820, 2e vol.

BELLINGHAM. *Dublin Annals*, 1853 (cité par le *Schmidts Jahrbuch*), 1854.

BERGER. Cinq cas de dilatation des sinus frontaux. Thèse de Kiel, 1887.

BERGONI. *Zeitschrift f. Ohrenheilk.*, 1900.

BERTHAUX. Thèse de Paris, 1900.

BERTHEN. *Græfes Arch.*, 1885, IV, p. 241.

BERTHON. Thèse de Paris, 1886.

BOENINGHAUS. *Zeitschrift f. Ohrenheilk* 1905.

BOISSARIE. *Bulletins et mémoires de la Société dè chirurgie*, 1879.

BOND. *International Centralblatt f. Laryngologie*, 1897.

BONHOFF. Thèse de Giessen (coup d'œil sur l'état de la clinique d'ophtalmologie de l'Université, d'avril 1903 à mars 1904).

BOSSALINO. *Nagels Jahresbericht*, 190 p. 707.

BOSSALINO. *Arch. f. Augenheilkunde*, 190 p. 125.

BOSSALINO. Contribution à l'anatomie pa thologique des parois orbitaires. *Annal di ottalm.*

BOUYER. In Pitiot (Thèse de Lyon, 1888)

BRAINARD. Mucocèle du labyrinthe ethmoï dal. *Fränkels Arch. f. Laryngologie* 1905.

SULFO-RHINOL DU Dr FAYÈS

PURGYL
AGIT sans COLIQUES
LE MIEUX TOLÉRÉ par les ENFANTS
Phie KŒHLY, 160, Rue St-Maur, PARIS
Echantillons aux Médecins
PURGO-LAXATIF DOUX

Brandt. Contribution aux causes orbitaires. Thèse de Fribourg, 1902.

Braunschweig. Empyème multiple de la face. *München. med. Woch.*, 1901.

Braunschweig. *Zeitschrift f. Ohrenheilk.*, 1902, p. 397.

Brünn. Voir Steiner.

Bull. Catarrhe des sinus frontaux. *Fränkels Arch. f. Laryngologie*, 1894.

Buller. *International. Zentralblatt f. Laryngologie*, 1884.

Caron du Villard. Contribution à l'étude, etc. Thèse de Paris, 1888.



Casali. *Arch. d'ophtalm.*, p. 742, 1907.

Dehogues et Martinez. *International Zentralblatt f. Laryngologie*, 1897.

Delsaux. *J. méd. de Bruxelles*, 1906, n° 50.

Demaldant. Contribution à la mucocèle du sinus frontal. Thèse de Paris, 1900. Indications bibliographiques très complètes.

Dennis. *Zeitschrift f. Ohrenheilk.*, XXVIII, p. 288.

Dezeimeris. Thèse de Paris, 1888.

Dunn. *Virginian med. Monthly*, 1894 (analyse in *Internat. Zentralblatt f. Ophtalm.*, 1895).

Eaton. *J. of the amer. med. assoc.*, 1894, p. 456.

Elschnig. Hydropisie du sinus frontal. *Wiener med. Woch.*, n° 14, 1888.

Ewetzky. *Fränkels Arch. f. Laryngologie*, XVII.

Farlow. *Edinburgh med. J.*, 1907.

Fauvel. Observation de rétention, etc. *Gaz. hebdom. de méd.*, 1866.

Fischer. *Deutsche Zeitschrift f. Chir.*, p. 369, 1880.

Funker. *Wiener klin. Woch.*, n° 16, 1895.

Garreau. Thèse de Paris, 1900.

Goris. *Arch. internat. de Laryngologie*, 1906.

Grossmann. *International Zentralblatt f. Laryngologie*, 1890.

Hagen. *Arch. internat. de Laryngologie*, 1907.

Hansberg. *Münch. med. Woch.*, 1907.

Hasslauer. Mucocèle du sinus frontal. *Zeitschrift für Augenheilk.*, 1899.

Higgens. Guy hospital reports. London, 1881 et 1894.

Hulke. *The Lancet*, I, 1894.

Hulke. *Guy med. report*, 1881,

Henry. Polypes et sinus frontaux. *The Lancet*, II, 1889.

Jeafreson. Coup d'œil sur 16 cas, etc. *The Lancet*, II, 1889.

Jeanty. De l'empyème latent, etc. Thèse de Bordeaux, 1891.

Jesson. A Contribution to the pathology. *Edinburg med. J.*, 1907 (in Logan Turner).

Joers. *Klin. Monatsblätter f. Augenheilk.*, 1906, p. 131.

Keate. *Medico-chirurgical Transactions*, 1819.

Kelling. *Wiener med. Woch.*, 1902.

Kipp. *Transactions of the Amer. med. Assoc.*, 1885.

Kühnt. Maladies inflammatoires des sinus frontaux

Kuile (Ter). *Fränkels Arch. f. Laryng.*, 1906.

Lack. *London laryng. soc.*, 1901.

Langenbeck. *Neue Bibliotek f. Chir.*, 1819.

Lapersonne (De). Kyste dermoïde fronto-orbitaire, in *Arch. d'ophtalm.*, 1893.

Laurens. Procédé opératoire pour les sinusites frontales bilatérales. *Bull. et mém. de la Soc. française d'otol.*, 1907.

Lawson. On the treatment of distension of the frontal sinuses. *The Practitioner*, V, 1870.

Leber. *Græfes Arch.*, 1880.

Lichtwitz. Contribution à l'étude de l'hydrorrhée nasale. *Prager med. Woch.*, 1893, et Soc. laryng. de Paris, 1892.

Lichtwitz. Maladies des sinus. *Prager med. Woch.*, 1894.

SULFO-RHINOL DU Dr FAYES

SIPHILITHÉRAPIE

Produits DURET, 19, Boulevard Malesherbes, PARIS

Communication à la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie de Paris. Années 1906, 1907, 1908.

Injections mercurielles solubles et insolubles, indolores au Gaïacoloïd.

Pratique Rhino-Laryngologique, Oculistique et Chirurgicale

SOLUTION D'ADRÉNALINE DE MIALHE

Principe actif des glandes surrénales

Titrée au 1/1000

Expérimentée avec succès dans les Laboratoires de la Faculté de Médecine

Le flacon . . . . . 5 fr.
Ampoules de 1 miligramme par centimètre cube . . 5 fr.

Pharmacie MIALHE, PETIT et ALBOUI

8, Rue Favart, 8, PARIS

Remise d'usage aux Médecins

BAIN DE PENNÈS

Hygiénique, Reconstituant. Stimulant

Remplace ***Bains alcalins, ferrugineux, sulfureux***, surtout les ***Bains de mer.***

Exiger Marque de Fabrique.— PHARMACIES, BAINS

PAPAÏNE TROUETTE-PERRET

(Le plus puissant digestif connu)

Un verre à liqueur d'ELIXIR, SIROP ou VIN de *Papaïne de Trouette-Perret* après chaque repas.

E. TROUETTE, 15, rue des Immeubles-Industriels, PARIS

PHARMACIE OSWALD GIRARD

HYGIÈNE DE LA BOUCHE ET DES FOSSES NASALES

LE

"STOMATOL"

(DÉPOSÉ)

(Lavages, Gargarismes — ANTISEPTIQUES)

BROMURE D'ÉTHYLE ANESTHÉSIQUE Effet rapide, sans contractures ni nausées

CHLOROFORME ANESTHÉSIQUE et tous produits antiseptiques

"ARGYROL"

Antiseptique

(A.-C. BARNES AND H. HILLE)

Place Saint-Germain-des-Prés, PARIS

SULFO-RHINOL DU Dr FAYÈS

LOGAN TURNER. Mucocèle des sinus. *Edinburg med. J.*, 1907.

LOTHROP-FARLOW. Anatomié et chirurgie du sinus frontal. *Annals of surgery*, vol. XXIX, 1899.

LUC. *Arch. internat. de Laryngologie*, XIX.

MAYER. Kyste du sinus frontal, etc. *J. de méd. de Bruxelles*, 1903 (compression cérébrale).

MORINI. Cité dans les *Nagels Jahresber.*, 1902, p. 497.

MOSER. *Beiträge zur klin. Chir.*, 1899, p. 515.

MÜLLER. *Wien. klin. Woch.*, 1895, VIIIe année, p. 193.

NIETSCH. Ueber einen Fall von hydrops, etc. *Prager med. Woch.*, 1895, n° 15, p. 156.

PROCHNOW. Einige interessante Fälle von Geschwülsten. *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1892, p. 390.

PUCCIONI. *Arch. intern. de laryngol.*, 1905, p. 649.

QUENU. *Bull. et mém. de la Soc. de chirurgie de Paris*, 1904. « Abcès du sinus frontal, etc. »

ROLLET. Soc. franc. d'ophtalm., 1902.

ROLLET et MOREAU. La mucocèle fronto-orbitaire. *Bulletin de la Soc. de chir. de Lyon*, 1907.

ROLLET. *Annales d'oculistique*, 1896, p. 130.

SANTO (di). *Zeitschrift für Augenheilk.*, 1906, p. 163.

SANTO. Mucocèle suppurato dei seno etc. in *Annali d'Ottalm.*, 1905, p. 846.

SAUTEREAU. Cité dans *Fränkels Arch. f. laryng.*, vol. I, p. 346.

SCHMIDT. *Münch. med. Woch.*, 1907, n° 5.

SCHUH. Abhandlungen aus dem gebiete der Chirurgie. Wien, 1867.

SEIFFER. Troubles de la viscère, etc. Thèse de Strasbourg, 1895.

SILCOCK. *The Lancet*, 1891, I, p. 991.

SILEX. *Berl. klin. Woch.*, 1896, n° 51, p. 1141.

SPRENGER. Un cas de kyste muqueux du sinus frontal. *Fränkels Arch. f. Laryng.*, vol. XIX, p. 136.

STEINER. *Zentralblatt f. prakt. Augenheilk.*, 1897, p. 161. Deux cas de dilatation kystique de la cavité osseuse, etc.

SWANZY. *Jahresbericht. Virchow-Hirsch.*

TAYLOR. *Medical Times and Gazette*, 1875, p. 363.

TEILLAIS. Clinique du Dr Teillais de Nantes. *Annales d'oculistique*, 1882, p. 44.

TÉMOIN et BUERGET. Voir *Arch. int. de laryng.*, mai-juin 1906.

TOPP. Casuistique du mucocèle du sinus frontal. Publication de la clinique universitaire des maladies des yeux de Greisswald.

TROMBETTA. Un cas d'empyème du sinus frontal gauche, etc. *Giornale di R. Acad. di Torino*, LX, p. 614.

VACHER. Contribution à l'étude des kystes et *Bullet. et Mém. de la Soc. d'ophtalm.*, 1903, p. 125.

VACHER. Deux opérations de sinusite frontale. *Bull. et Mém. de la Soc. franç. d'otol.*, mai 1906.

VALETTE. Tumeur enkystée de la cavité orbitaire. *Gazette des hôpitaux*, 1875, nos 27, 28, 29.

VALUDE. De la mucocèle du sinus frontal. *Annales d'oculistique*, 1879, p. 224.

PURGYL
AGIT sans COLIQUES
LE MIEUX TOLÉRÉ par les ENFANTS
Phie KŒHLY, 160, Rue St-Maur, PARIS
Echantillons aux Médecins
PURGO-LAXATIF DOUX

NISAMÉLINE
de TROUETTE-PERRET
contre AFFECTIONS CUTANÉES
et PRURIGINEUSES et NÉVRALGIES
Se trouve dans toutes les Pharmacies sous forme de Sirop, Pilules, Poudre
E. TROUETTE, 15, rue des Immeubles-Industriels, PARIS

LE
CACODYLATE DE GAIACOL
(GAIACACODYL VIGIER)
Spécifique dans le traitement de la TUBERCULOSE et surtout de la GRIPPE (1)

C'est en 1900 que M. le Dr Barbary, de Nice, introduisit dans la thérapeutique ce précieux médicament, et c'est en 1901 qu'il résumait dans le journal **La Lutte antituberculeuse**, les excellents résultats qu'il avait obtenus chez cinquante tuberculeux. M. F. Vigier, pour faciliter l'emploi de ce sel en injections hypodermiques ou intra-musculaires, prépare, depuis 1901, des *ampoules gaïacacodyliques* renfermant une solution aqueuse inaltérable à 0 gramme 05 de cacodylate de gaïacol par centimètre cube : l'injection est indolore, grâce à une légère anesthésie locale qui se produit sous l'action du gaïacacodyl.

Depuis cette époque, ces ampoules ont été employées avec succès dans les dispensaires antituberculeux et chez les malades de la ville par un grand nombre de praticiens : les Drs Bernheim, Gonsalve Menusier, etc. — On peut aussi administrer à l'intérieur le cacodylate de gaïacol sous forme de **Perléine** à 0 gramme 025 et à la dose de 2 à 6 par jour chez les malades qui ne se prêtent pas facilement à l'application de la méthode hypodermique. Dernièrement, M. le Dr Burlureaux a fait connaître à la Société de thérapeutique les heureux résultats enregistrés chez des tuberculeux et des malades atteints de la grippe. Le cacodylate de gaïacol est le médicament de choix pour combattre ces maladies et doit être considéré comme **succédané très précieux** de la créosote dans le traitement de la tuberculose et comme **médicament véritablement spécifique de la grippe.**

Chez les **tuberculeux**, on peut injecter ce produit pendant des semaines et des mois, à raison d'une injection tous les deux ou trois jours sans craindre aucun accident. On obtient de suite une diminution de la fièvre, sans craindre l'hypothermie que provoque parfois la créosote. Chez les tuberculeux non fébricitants, l'expectoration diminue, l'appétit augmente et le sommeil devient excellent.

Chez les **grippés**, l'injection aqueuse de gaïacacodyl produit des effets remarquables. S'appuyant sur plus de deux cents observations, le Dr Burlureaux constate qu'une ou deux injections de 0 gr. 05 font tomber rapidement la fièvre, les malades voient trois ou quatre heures après l'intervention, disparaître leur malaise physique et mental. D'un jour à l'autre l'expectoration diminue. Enfin, chose curieuse, si l'on applique la médication aux accidents parfois si tenaces de la convalescence, on voit qu'une ou deux injections suffisent pour enrayer ces derniers.

C'est donc en toute assurance que les praticiens pourront administrer le cacodylate de gaïacol (gaïacacodyl Vigier) dans le traitement de la tuberculose et surtout dans celui de la grippe.

1). La **Boîte** de **15 ampoules gaïacacodyliques Vigier** à 0 gramme 05 de cacodylate de gaïacol par centimètre cube. **Prix** : **5** francs.

Perléines de cacodylate de gaiacol Vigier à 0 gramme 025 mill. : **le flacon 4** fr. **50.**

PHARMACIE VIGIER

12, Boulevard Bonne-Nouvelle, PARIS

Coryza, Otites, Pharyngites, Bronchites, Grippes, Ozène, etc.

L'ANTIRHINITE

Pommade Antiseptique — Décongestive — Analgésique

Chl. Cocaïne — Chl. Adrénaline — Menthol, etc.

L. DUBUET, *pharmacien de 1re classe*, **96, rue Lafayette, PARIS**

GROS — PIOT et LEMOINE, 28, rue Sainte-Croix-de-la-Bretonnerie, PARIS

VALUDE. La chirurgie ophtalmologique du sinus frontal. Soc. française d'ophtalm., 1903. *Bull. et Mém.*, 1903, p. 118.

VERDALLE. *Journal d'ophtalm.*. 1872, p. 623, t. I](hydatides développées dans le sinus frontal).

VINCENTIIS. *Ann. d'ocul. 1899, 62e année.* (Sur la mucocèle du sinus frontal.)

VOSSIUS. Observations sur certaines maladies de l'orbite. (*Zeitschrift f. Augenheilk.*, 1900, 1re livraison.

WATSON. Maladies du nez et des cavités accessoires des fosses nasales, cap. XX, p. 393.

WATSON. *The Lancet*, 1893, 6 mai.

WILLIAMS. Remarques sur une mucocèle, etc. *The Lancet*, 1890, 1er mars.

WIRTH et MADELONG. Thèse de Bonn, 1881.

AVIS

Divers numéros des ***Archives*** sont épuisés et cependant demandés fréquemment, en particulier les nos 1, 1904, 1, 2 et 3, 1905, et 1, 4, 1908.

Ces numéros seront repris au bureau du journal, au prix marqué.

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

19, *Rue Hautefeuille, PARIS*

Vient de paraître :

LES MAITRES DE L'ÉCOLE DE PARIS

DANS

LA PÉRIODE PRÉ-SPÉCIALISTIQUE

des maladies du pharynx, du larynx et du nez

Par C. CHAUVEAU

PRÉFACE DE M. LE PROFESSEUR R. BLANCHARD

Membre de l'Académie de Médecine

Ancien Président-Fondateur de la Société française d'histoire de la Médecine

SULFO-RHINOL DU Dr FAYÈS

HOPOGAN

USAGE INTERNE

exclusivement préparés par BOCQUILLON-LIMOUSIN pour l'usage Médical.

Les seuls Peroxydes expérimentés aux Hôpitaux.

17, RUE D'ATHÈNES. PARIS.

EKTOGAN

USAGE EXTERNE

ARCHIVES INTERNATIONALES
DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE
RHINOLOGIE

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

I. — PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

I. De la surdité et de la perméabilité nasale chez les enfants des écoles, par **A. Courtade** (de Paris)..... 369
II. Contribution au diagnostic et au traitement des complications oto-méningées de la fièvre typhoïde, par **J. Toubert** (du Val-de-Grâce)..... 392
III. Empyème aigu du labyrinthe ethmoïdal avec forte exophtalmie ; opération par la voie endo-nasale ; guérison, par **M. Hajek** (de Vienne)..... 398
IV. Sur le diagnostic précoce et sur le traitement du cancer laryngé, par **S. M. Bourak** (de Charcoff)..... 404
V. Faits de trachéobronchoscopie, diagnostic et thérapeutique d'affections intra-thoraciques peu connues, par **J. Guisez** (de Paris)..... 421
VI. Contribution à l'étiologie parasitaire de l'exfoliation en aires de la langue, par **A. de Simoni** (de Milan)..... 431
VII. Résection du maxillaire supérieur pour le cancer du sinus, par **A. Jouty** (d'Oran)..... 448
VIII. Nos interventions dans le cancer du larynx, par **Compaired** (de Madrid). 457
IX. De l'endoscopie directe et tout particulièrement de son application en laryngologie (*suite*), par **Sargnon** (de Lyon)..... 464
X. Nouvelles contributions à la laryngotrachéostomie, par **U. Melzi** et **A. Cagnola** (de Milan)..... 477
XI. Du traitement appliqué à quatre enfants atteints de papillomes du larynx et de la trachée, par **Van den Wildenberg** (d'Anvers)..... 485
XII. Valeur pratique de l'œsophagoscopie (*suite*), par **E. Botella** (de Madrid).. 493
XIII. Les lésions du labyrinthe non acoustique (*suite*), par le prof. **A. Torretta** (de Gênes)..... 502
XIV. La pharyngo-laryngite ulcéreuse de la fièvre typhoïde ; considérations générales ; observations, par **Clauda** (de Carcassonne)..... 518

II. — SÉMÉIOLOGIE

Sur l'importance du microphone pour l'examen fonctionnel de l'audition, par le prof. **G. Ferreri** (de Rome)..... 520

III. — PHYSIOLOGIE

Les centres diaphylactiques, par **P. Bonnier** (de Paris)..... 528

IV. — TECHNIQUE PRATIQUE

La chirurgie esthétique et plastique de l'oreille, par **M. A. Goldstein** (de Saint-Louis)..... 530

V. — PHONÉTIQUE

I. Contrôle et correction de l'émission vocale, par **A. Zünd-Burguet** (de Paris). 538
II. Essais sur la voix (*fin*), par **A. Thooris** (de Paris)..... 546

CAPSULES DARTOIS

BIOPHORINE

La **BIOPHORINE** est un Saccharolé à base de **Kola, Glycérophosphate de chaux,** Coca, Quinquina et Cacao vanillé.

La **BIOPHORINE**, le plus complet des agents antineurasthéniques et antidéperditeurs, est le tonique du sang, des muscles et des nerfs, le reconstituant et le régénérateur le plus éprouvé.

La **BIOPHORINE** est indiquée dans les **Névroses** et **Névralgies rebelles,** le **Surmenage** dû aux **fatigues**, aux **veilles,** aux **excès**, l'**Anémie cérébrale**, l'**Abattement**, l'**Hypocondrie.**

La **BIOPHORINE** est un ***ACCUMULATEUR D'ENERGIE*** qui convient à notre vie à la vapeur. Les cœurs mous, les émotifs, les affaiblis de tous ordres trouvent dans son emploi la **stimulation spécifique** qui leur fait défaut.

3 à 6 cuillerées à café par jour, pure ou délayée dans de l'eau ou du vin.

PRIX EN FRANCE : **3** fr. **50** FRANCO.

A. GIRARD, 22 Rue de Condé, 22, **PARIS.**

DÉTAIL : 142, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, ET TOUTES PHARMACIES.

CHLOROFORME DUMOUTHIERS

Préparé spécialement pour l'*Anesthésie*, sa conservation dans le vide et en tubes jaunes scellés le met à l'abri de toute altération.

Dépôt : PHARMACIE BORNET, 19, Rue de Bourgogne, PARIS.

PHENOSALYL

Fabriqué par **P. TERCINET**
PHARMACIEN
53, Boulevard Saint-Martin, 53, PARIS

Approuvé par l'Académie de Médecine, dans sa séance du 20 Décembre 1892

Puissance antiseptique considérable (*Ann. de l'Inst. Pasteur, vol. IV*)
Toxicité très inférieure à celle de tout autre antiseptique.
(*Professeur* TARNIER : *L'asepsie en obstétrique. — Paris* 1895.)

L'emploi du **Phénosalyl** en **Otologie** et **Rhinologie** est recommandé par de nombreux Spécialistes, qui le considèrent comme le meilleur antiseptique dans le traitement des inflammations et suppurations de ces organes. Pour gargarismes, lavages, injections, etc., on l'emploie en solutions de 1/2 à 1 °/₀ dans de l'eau chaude. Les solutions se font instantanément.

Le **Phénosalyl** est d'un emploi très pratique dans le cabinet médical. Son odeur est agréable, il n'a aucun effet irritant sur la peau et les instruments n'y sont pas détériorés.

Flacons de 125, 250, 500 et 1.000 grammes au prix de **20 fr.** le kilo, suffisant pour 100 à 200 litres de solution.

Exiger le nom **TERCINET** sur les étiquettes.

VI. — RECHERCHES HISTORIQUES

Histoire de l'otologie de Politzer (*suite*), par **C. Chauveau**..... 554

VII. — RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

I. Un cas d'hémiatrophie faciale traité par les injections de paraffine, par **Menier** (de Figeac)..... 558

II. Sarcome débutant de la cloison ; opération radicale, par **Goris** (de Bruxelles). 561

III. Fragment de curette de Gottstein avalé par un enfant de 26 mois, et rendu dans les selles, par **C. Chauveau**..... 561

VIII. — VARIÉTÉ

Cruveilhier, son rôle en nosologie laryngée (*suite*), par **C. Chauveau**..... 563

REVUES ET COMPTES RENDUS

I. — SOCIÉTÉS SAVANTES

I. — **Société parisienne de laryngologie, d'otologie et de rhinologie.** — Séance du 8 janvier 1909. — Président : Mounier. — Secrétaire général : Veillard (568). — Appareil dilatateur des ailes du nez, par Robert Foy (568). — La quinine dans la toux spasmodique nocturne de la grippe laryngo-trachéale, par J. Glover (568). — Fonction amygdalienne. Troubles vasotrophiques nasaux et pharyngiens. Opothérapie, par J. Glover (568). — Labyrinthites, par A. Hautant (570). — Opération de la sinusite maxillaire sous anesthésie régionale, par Munch (570). — Résection des éperons de la cloison nasale. Instruments. Technique. Pansements, par G.-A. Weill (570).

Séance du 12 février 1909. — Pharyngotomie sous-hyoïdienne pour un épithélioma de l'épiglotte, par Castex (570). — Fixation opératoire d'un pavillon dévié, par Castex (571). — Ulcération du voile du palais et du maxillaire supérieur, par Grossard (571). — Cicatrisation vicieuse du pharynx, par Kœnig (571). — Trocart emporte-pièce pour l'ouverture du sinus maxillaire par voie nasale, par Paul Laurens (572). — Polype du sinus maxillaire par Lermoyez (572). — Tuberculose nasale, par Lermoyez (572). — Immobilisation d'une corde vocale, par Lermoyez et Poyet (572). — Cure radicale de la sinusite maxillaire chronique par voie nasale, par Mahu (572). — Occlusion membraneuse complète de l'extrémité externe du conduit auditif, accompagnée d'otorrhée, provoquant des crises d'épilepsie, par Pasquier (573). — Traitement de l'ozène par l'étincelle compensatrice de haute fréquence, par Gendreau (573).

II. — **Société danoise d'oto-laryngologie.** — 56e et 57e séances (extraordinaires). — Président : Prof. H. Mygind. — Secrétaire : Mahler. — Compte rendu par Jörgen Möller. — Traduction par M. Menier (de Figeac) (573).

58e séance (25 novembre 1908). — Expérience acquise sur les inflammations labyrinthiques survenant au cours des suppurations aiguës et chroniques de l'oreille, par le prof. Schmiegelow (573).

III. — **80e réunion des naturalistes et médecins allemands.** — Cologne, septembre 1908. — Section d'otologie (*suite*). — Compte rendu par Eugène Hopmann (de Cologne). Secrétaire des séances. — Traduction par Menier (de Figeac) (581). — 2e séance, 22 septembre 1908. — Président : Réthi (de Vienne). — Mensuration du volume respiratoire dans la formation normale et pathologique de la voix et de la parole (avec présentation de l'enregistreur du volume respiratoire), par Gutzmann (581). — L'opération radicale de l'empyème maxillaire chronique par l'intérieur, par Réthi (582). — Sur les occlusions membraneuses congénitales des choanes, par Chiari (583). — Un cas d'atrésie des choanes, par Uffenorde (584). — Action de la grossesse sur la tuberculose du larynx, par Émile Glas et Kraus (584). — Malade de 52 ans avec cancroïde du nez guéri par les rayons de Rœntgen, par Stiel (586). — Cas d'ozène traités par la dionine, par Stiel (586).

Séance du 23 septembre 1908, en communauté avec la 24e section. — Président : Siebenmann (de Bâle) (586). — Traitement des suppurations des cavités supérieures accessoires du nez, par Hajek et von Eicken (586). — Examen œsophagoscopique d'un corps étranger ; perforation ultérieure de l'aorte, par Chiari (587).

IV. — **XIIe Congrès de la Société italienne de laryngologie, otologie et rhinologie** (*suite*). — Président : prof. Nicolaï. — Compte rendu par Piolti (de Turin) et Mas-

CAPSULES DARTOIS

VIN GIRARD

de la Croix de Genève

Succédané de l'Huile de Foie de Morue, Reconstituant par Excellence

*Cette préparation agréable au goût, tolérée par les estomacs les plus délicats, **remplace avantageusement** l'huile de foie de morue, les solutions phosphatées, les vins de quinquina. Elle a reçu l'approbation des sommités médicales de France et de l'Etranger.*

MALADIES de POITRINE — ENGORGEMENTS GANGLIONNAIRES
DÉVIATIONS — RHUMATISMES — ALBUMINURIE — ASTHMES — CATARRHES
BRONCHITES CHRONIQUES — AFFECTIONS CARDIAQUES
ACCIDENTS TERTIAIRES — CONVALESCENCES et TOUTES AFFECTIONS
ayant pour cause la FAIBLESSE GÉNÉRALE et l'ANÉMIE.

Un flacon de **VIN GIRARD** *(1/2 litre environ) renferme les principes médicamenteux contenus dans 5 litres d'huile de foie de morue.*

PRIX : 4 Francs.

A. GIRARD, 22, Rue de Condé — PARIS.

DÉTAIL : 142, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, ET TOUTES PHARMACIES.

Affections de la Gorge et du Larynx

PASTILLES COCAÏNE HOUDÉ

Cocaïne simple
Cocaïne et Chlorate de Potasse
Cocaïne et Borate de Soude
Cocaïne Borochloratée
Cocaïne et Menthol

Lauréat de l'Académie de Médecine de Paris, Prix Orfila.
Lauréat et Membre correspondant de l'Académie de Médecine de Madrid.

Grâce à leur action anesthésique sur les muqueuses, les **Pastilles Houdé à la Cocaïne** sont très efficaces pour calmer et supprimer la douleur dans le traitement des **Maux de Gorge**, des **Amygdalites**, des **Enrouements**, des **Extinctions de voix**, des **Angines**, des **Laryngites** et des **Quintes de toux, Coqueluche**. — Elles font disparaître les **Irritations**, les **Picotements** et les **Chatouillements** de la gorge, tonifient les cordes vocales et se recommandent aux **Orateurs, Chanteurs** et **Professeurs**.

DOSE : EN LAISSER FONDRE DANS LA BOUCHE DE 8 A 10 PAR JOUR.

DOSAGE : 3 milligrammes — A. HOUDÉ, 29, Rue Albouy, PARIS — ENVOI D'ÉCHANTILLONS.

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS
19, Rue Hautefeuille, PARIS

HISTOIRE DES MALADIES DU PHARYNX

par **C. CHAUVEAU**

Préface de R. du Castel, membre de l'Académie de médecine.

Tomes IV et V (dernier).

sier (de Nice) (587). — Polypes saignants de la cloison, par Bruzzone (587). — Blessures du larynx, par Finaroli (587). — Abcès du cou consécutifs aux lésions auriculaires, par Calamida (588). — Lésions traumatiques du larynx, par Calamida (588). — Sur l'importance de l'examen leucocytaire dans les affections purulentes de l'oreille et leurs complications, par Solaro (588). — Les méthodes d'Eeman et de Roy dans le traitement consécutif aux opérations radicales sur l'oreille moyenne, par Stauhrenghi (588). — Sur la technique de la laryngostomie, par Ferreri (588). — Technique opératoire pour l'exentération de la caisse du tympan, par Ferreri (589). — La radiographie dans les études topographiques de l'organe auditif, par Ferreri (589). — Sur l'importance du microphone dans l'examen fonctionnel de l'ouïe, par Ferreri (589). — Syndrome de Hughings-Jackson, par Nicolaï (589). — Nouvelle méthode de traitement de l'amygdale lacunaire aiguë, par Hahn (590). — La galvanocaustie dans le traitement de la tuberculose du larynx, par Hahn (590). — Sur la rhino-pharyngite méningococcique, par Putelli (590). — Amygdale de Luschka. Canal cranio-pharyngé et hypophyse, par Poppi (590). — Sur un cas d'adéno-carcinome de l'amygdale opéré il y a cinq ans, par Citelli (591). — Hypophysectomie dans l'acromélagie, par Nicolaï (591). — Carcinome du palais et de l'amygdale guéri par les radiations par Dionisio (591). — Sur la présence des corpuscules noirâtres dans le pus des suppurations chroniques de l'oreille guéris par la méthode radiothérapique, par Dionisio (591). — Contribution à l'extraction des monnaies tombées dans l'œsophage, par Cagnola (591). — L'alypine dans la pratique oto-rhino-laryngologique, par Staurenghi (591). — Présentation de quelques instruments, par de Cigna (591). — Infections de l'organisme par l'intermédiaire de l'anneau de Waldeyer, par Putelli (591). — Le diagnostic par la vue des lésions œsophagiennes, par de Cigna, de Gênes (592). — Hémiplégie laryngée double. Cordectomie, par Nicolaï (592). — Œsophagotomie interne et électrolyse dans les sténoses de l'œsophage, par Nicolaï (592). — Ostéomyélite du temporal, par Piolti (592). — Nouvelle méthode pour dépister la simulation de la surdité, par Ostino (592). — Contribution à la plastique du pavillon de l'oreille, par Tonietti (592). — Un cas de surdité hystérique, par Tormene (593). — Bourdonnement auriculaire par corne cutanée de l'incisure intertragienne, par Tormene (593). — Phénomènes multiples produits par un gros rhinolithe, par Tormene (593). — Sur la résistance globulaire dans les végétations adénoïdes et dans les sténoses nasales, par Tormene (593). — Kératose pharyngée, par Nicolaï (593). — Sur deux cas de convulsions à type épileptique consécutifs à un tamponnement nasal, par Menzotti (593). — Sur un cas de spasme de la glotte, par Menzotti (593).

V. — **Société royale de Médecine de Londres.** — Section otologique. — Président : Peter Mac Bride. — Compte rendu par Raoult (de Nancy). — Séance du 12 juin 1908 (594). — Tumeur maligne de la cloison et du naso-pharynx enlevée par une opération externe ostéoplastique, par P. Watson Williams (594). — Affection laryngée (?), par Watson Williams (594). — Skiagrammes des sinus accessoires du nez, par P. Watson Williams (595). — Photographie montrant un développement anormal de scellules orbito-ethmoïdales, par Watson Williams (595). — Polype rétro-nasal enlevé chez un enfant de 14 ans et demi, par Herbert Tilley (595). — Plaque stéréoscopique montrant un développement remarquable des cellules orbito-ethmoïdales, par Herbert Tilley (595). — Hyperplasie sous-glottique avec rétrécissement notable du canal trachéal, par Herbert Tilley (595). — Abcès du lobe frontal gauche consécutif à une sinusite frontale gauche, par L. V. Cargill, William Turner et Saint-Clair Thomson (595). — Quatre cas de chirurgie du sinus sphénoïdal, par Saint-Clair-Thomson (596). — Déviation marquée de la cloison, par Saint-Clair Thomson (596). — Opération pour une angine de Ludwig, par W. Stuart Low (596). — Tumeur maligne du larynx, par Dan Mackenzie (596). — Pathogénie de la pachydermie laryngée verruqueuse et diffuse, par W. Jobson Horne (596). — Hystérie avec symptômes laryngés rares, par Félix Semon (597). — Combinaison préalable de tuberculose et de syphilis du larynx, par Félix Semon (597). — Photographie aux rayons X montrant le crochet de Hajek dans le sinus sphénoïdal droit, par H.-J. Davis (598). — Amygdales pharyngées normales et hypertrophiées chez des moutons, par H.-J. Davis (598). — Fibrome pédiculé volumineux enlevé de la voûte du naso-pharynx chez un enfant de 9 ans, par H.-J. Davis (598). — Kyste supposé du plancher de la fosse nasale droite, par H.-J. Davis (598). — Obstruction nasale complète du côté gauche, avec impossibilité de nettoyer le nez, par H.-J. Davis (598). — Néoplasme de l'amygdale droite, par Charles A. Parker (598). — Angiome pulsatile du nez, par W.-D. Harmer (599). — Tumeur de l'amygdale, par H. Buckland Jones (599).

VI. — **Société berlinoise d'otologie.** — Séance du 6 novembre 1908. — Président : Lucae. — Secrétaire des séances : Schwabach. — Compte rendu par A. Sonntag (de Berlin). — Traduction par Menier (de Figeac) (599). — Présentation de malade, par Gross-

CAPSULES DARTOIS

SULFO-RHINOL du Dr FAYÈS

Baume nasal anti-bacillaire au Soufre naissant. Désinfectant, non toxique.

Une parcelle de ce Baume introduit dans les narines produit une inhalation constante de Vapeurs Sulfureuses analogues à celles des Eaux Thermales : Cauterets, Luchon, Enghien, etc.

SUPPRIME le **CORYZA**, l'**ÉTERNUEMENT** et la **TOUX**
GUÉRIT rapidement toutes les **MALADIES** de **NEZ, GORGE, LARYNX**
PRÉSERVE de la **CONTAGION** des Maladies des **VOIES RESPIRATOIRES**
Grippe, Angines, Bronchites, Pneumonie, **TUBERCULOSE**

Le Tube stérilisé : 1f50. — Phie Normale, 17, Rue Drouot et bonnes Phies - *Exiger la Marque* -
ou contre mandat adressé au Dépôt Gal : 55, Rue du Temple, PARIS.

Guérison rapide des
MALADIES de la **PEAU**
par la

SALBINE du Dr FAYÈS

Pommade au SOUFRE NAISSANT et OXYDE de ZINC

CALME les **DÉMANGEAISONS** et le **PRURIT**
SUPPRIME **ROUGEURS** du **VISAGE** **MASQUE** de **GROSSESSE**
GUÉRIT la **SÉBORRHÉE**, le **PITYRIASIS**
les **DARTRES**, l'**ECZÉMA** **Sec** ou **Humide**,
l'**ACNÉ**, l'**INTERTRIGO**, le **PSORIASIS**, etc.

Prix : 1.50 (*Exiger la Marque et le Tube d'Étain*)

Franco c. mandat adressé 55, Rue du Temple, Paris au DÉPOT GÉNÉRAL du SULFO-RHINOL.
Se trouve à la Pharmacie Normale, 17, r. Drouot, Paris et dans toutes les bonnes Pharmacies.

PASTILLES FAYÈS à la SULFOCAÏNE

Codéïne. Menthol et Aconit. - Pectorales et Antibacillaires

CALMENT immédiatement la **Toux** et les irritations de la **Gorge**
GUÉRISSENT rapidement **Rhumes, Bronchites, Angines**
Pharyngites, Laryngites, Enrouement, Oppression
PRÉSERVENT de la contagion de la **Grippe** et de la **Tuberculose**

Prix: 1.50 la boîte de 50 pastilles. (*Exiger la Marque*)

Franco c. mandat adressé 55, Rue du Temple, Paris au DÉPOT GÉNÉRAL du SULFO-RHINOL.
Se trouvent à la Pharmacie Normale, 17, r. Drouot, Paris, et dans toutes les bonnes Pharmacies

mann (599). — Présentation de radiographie, par Passow (599). — Sur les rapports d'alternance entre les deux oreilles, par Lucae (600). — Remarques sur l'épreuve de Weber par Clauss (601).

VII. — **Société autrichienne d'otologie.** — Séance du 26 octobre 1908. — Président : Urbantschitsch. — Compte rendu par H. Barany. — Traduction par Menier (de Figeac) (601). — Présentation de pièces, par V. Urbantschitsch (601). — Cas de mastoïdite récidivante, par Bondy (601). — Cas de labyrinthite séreuse, 24 heures après opération radicale, par Bondy (602). — Cas de thrombose du sinus, par Bondy (602). — Cas d'opération labyrinthique avec anesthésie locale, par Barany (602). — Communication, par Ruttin (602). — Présentation de malades, par Ruttin (602). — Présentation de malades, par E. Urbantschitsch (603). — Présentation d'instruments, par Neumann (603). — Présentation de malade, par Stein (603).

VIII. — **Société oto-laryngologique de Saint-Pétersbourg.** — Président : P. Hellat. — Compte rendu par M. de Kervily (de Paris). — Séance du 14 mars 1908 (603). — Goitre pulsatile, par P. Hellat (603). — Un cas de lupus primitif du larynx, par M Bomann (603). — Emploi du sublimé contre les bruits auriculaires dans les cas d'inflammation non purulente de l'oreille moyenne et particulièrement dans l'oto-sclérose, par A. Zacher (604). — Un cas de cancer du larynx. Présentation de préparations, par D. Borsylovitch (604).

Séance du 28 mars 1908. — Aphonie par paralysie des adducteurs de cause inconnue, par L. Lévine (604). — Diphtérie chronique du nez et du naso-pharynx, par M. Bomann (604). — Anomalies du palais. Présentation de deux malades, par P. Hellat (604). — Un cas de guérison d'une adhérence membraneuse du conduit auditif, par M. Girmounsky (605). — Au sujet de l'opération d'Otto Freer pour les déviations de la cloison nasale, par le prof. Okunell (605).

IX. — **Réunion de la société laryngologique et otologique de Chicago.** — Réunion du 14 avril 1908. — Président : A.-H. Andrews. — Xanthome de la gorge et du larynx, par J. Edwin Rhodes (605). — Un cas de tuberculose laryngée chez un homme de 50 ans, par Geo E. Shambaugh (605). — Otite moyenne chronique suppurée avec complications, par Norval H. Pierce (606). — Calcul du canal de la glande sous-maxillaire, par Gradle (607). — Quatre cas d'abcès péri-auriculaires et furonculose du conduit (607). — Cas de céphalalgie probablement due à une sinusite frontale non suppurée, par Frank Brawley (608). — Chondrome et ostéome des amygdales palatines, par L. N. Grosvenor (608).

X. — **Association royale des médecins hongrois.** — Section rhinolaryngologique. — Budapest, 27 janvier 1909. — Président : Prof. de Navratil (de Budapest). — Compte rendu par D. de Navratil. — Traduction par Menier (de Figeac) (609). — Cas de tumeur du septum guérie, par A. von Irsai (609). — Cas de tumeur trachéale, par Zwillinger (609). — Cas d'empième frontal, ethmoïdal et maxillaire, compliqué de nécrose. Opération, guérison, par K. v. Lang (610).

XI. — **Académie de médecine de New-York.** — Section d'otologie. — Président : A. B. Duel. — Compte rendu par Massier (de Nice). — Réunion du 9 octobre 1908 (610). — Relation de deux cas de thrombose du sinus atypique, par J. J. Kopetzky (610). — Cas de thrombose du sinus, par A. P. Voislawsky (611). — L'application des tableaux d'Arneth pour l'analyse du sang dans le diagnostic des états mastoïdiens obscurs, par Robert Milligan (612).

XII. — **Société de laryngologie de Berlin.** — Séance du 25 septembre 1908. — — Président : Professeur Fraenkel. — Compte rendu par Max Scheier. — Traduction par Menier (de Figeac) (613). — Cas de luxation du maxillaire inférieur, par Warnekros (613). — Sur les pertes de substances palatines et leurs prothèses, par Warnekros (613).

Séance du 16 octobre 1908. — Un cas d'ostéosarcome, par Schœtz (613). — Cas d'encéphalocèle nasale, par Schœtz (613). — Bande pour la stase de la gorge, par Grabower (613). — Cas de tuberculose de la face interne de l'aile du nez, par Hirschfeld (614). — Sur les rapports de la largeur du nez avec la position des dents, par Richter (614).

XIII. — **Société de laryngologie de Vienne.** — Séance du 4 décembre 1908. — Président : Chiari. — Secrétaire : Rutten. — Compte rendu par Heindl (de Vienne). — Traduction par M. Menier (de Figeac) (614). — Présentation de malade, par Chiari (614). — Présentation de malade, par le privat-docent Fein (615). — Un cas de sigmatisme

CAPSULES DARTOIS

TRAITEMENT DE LA SYPHILIS

par les Injections Mercurielles Intra-Musculaires de VIGIER

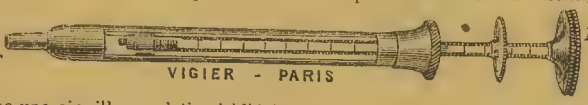
HUILE GRISE STÉRILISÉE ET INDOLORE DE VIGIER

à 40 0/0 de mercure

Prix du flacon : 2 fr. 25. — Double flacon : 4 fr. 25

Dose ordinaire pour adulte : Une injection de 8 centigr. de mercure par semaine pendant sept semaines. — Repos. — Faire une 2e série, etc. — Se servir de préférence de la Seringue spéciale du Dr Barthélemy à *15 divisions*, chaque division correspond exactement à *1 centigr.* de mercure métallique.

Seringue spéciale du Docteur Barthélemy



Nouveau modèle déposé n° **22123**

La Seringue avec une aiguille en platine iridié de 5 ct. ; Prix, à la Pharmacie VIGIER : **15 fr.** — Si on se sert de la *Seringue de Pravaz*, une division correspond à 0 gr. 025 de mercure

HUILE DE CALOMEL STÉRILSÉE ET INDOLORE DE VIGIER

à 0 gr. 05 par cent. cube. — **Prix du flacon : 2 fr. 25**

Grâce à sa Consistance spéciale, *cette huile maintient le* Calomel *en suspension*

Dose ordinaire : Injecter une seringue de Pravaz tous les 10 jours. Faire une série de 5 injections. — Repos. — Faire ne 2e série, etc.

HUILE BIIODURÉE DE MERCURE INDOLORE DE VIGIER

à 4 milligr. par cent. cube et à 41 centigr. par cent. cube.

Suppositoires d'huile grise de Vigier, à 2 centigr. et à 4 centigr. de mercure.
Ovoïdes mercuriels de Vigier, à 4 gr. et à 6 gr. d'onguent pour frictions.
Savon mercuriel Vigier, à 33 p. 100 de mercure, remplace les frictions.
Emplâtre au calomel du Dr Quinquaud, contre la syphilis.

SAVON DENTIFRICE VIGIER

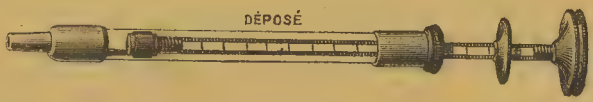
LE MEILLEUR DENTIFRICE ANTISEPTIQUE

pour l'entretien des dents, gencives, muqueuses. Il prévient les accidents buccaux et chez les syphilitiques

PRIX DE LA BOITE PORCELAINE : 3 FR.

PHARMACIE VIGIER, 12, Boulevard Bonne-Nouvelle, PARIS

Grandeur naturelle



Seringue du Dr T. BARTHÉLEMY pour injection d'huile grise

Prix net : **10** fr. au Corps Médical



Seringue des Drs T. BARTHÉLEMY et LÉVY-BING pour injection d'huile iodée

MONSELLIER, *17, rue de l'Odéon, PARIS*

nasal, par Stein (615). — Présentation de malade, par Glas (616). — Présentation de malade, par Chiari (616). — Présentation d'un cas, par Kaflen (616). — Présentation de pièce, par Kahler (616).

XIV. — **Académie médico-chirurgicale espagnole.** — Section d'oto-rhino-laryngologie. — Séance du 11 janvier 1909. — Compte rendu par E. Botella (de Madrid). — Traduction par A.-R. Salamo (de Paris) (617). — Un cas de fistule broncho-cutanée, par Goyanez (617).

XV. — **Réunion de la Société laryngologique et otologique et de la Société ophtalmologique de Chicago.** — 8 novembre 1908. — Présidents : A.-H. Andrews et Thomas Woodruff. — Compte rendu par H. Massier (de Nice) (617). — Discussion sur les affections des sinus accessoires du nez qui peuvent intéresser les yeux (617).

XVI. — **Société d'oto-laryngologie de Stockholm.** — Séance du 28 janvier 1909. — Président : E. Stangenberg. — Compte rendu par Léon Delmas (de Paris) (620). — Présentation de pièces, par Arnoldson (620). — Un cas de corps étranger de la bronche droite ; extraction ; guérison, par von Rosen et G. Holmgren (621). — Corps étranger de l'œsophage ; ablation ; guérison, par Holmgren (621). — Un cas de tuberculose du larynx, par Holmgren (621).

XVII. — **Vingt et unième Congrès français de chirurgie.** — Partie oto-rhino-laryngologique. — Paris, 5-10 octobre 1908. — Compte rendu par A.-R. Salamo (de Paris) (621). — Derniers faits de trachéo-bronchoscopie et d'œsophagoscopie pour extraction de corps étrangers bronchiques et œsophagiens. Diagnostic et thérapeutique endoscopique, par Guisez (621). — Traitement postopératoire des évidements mastoïdiens, par Raugé (622). — Troubles oculo-moteurs d'origine otique, par Raugé (623).

XVIII. — **Deuxième Congrès de la Société internationale de chirurgie** — Bruxelles, 21-25 septembre 1908. — Communications relatives à l'oto-rhino-laryngologie. — Compte rendu par A.-R Salamo (de Paris) (623). — Traitement du cancer des lèvres (623). — Cancer de la bouche et de la langue, par Collins Warren (624). — Traitement du cancer des fosses nasales, du pharynx et du larynx, par Glück (625). — Traitement des cancers inopérables, par Moris (626).

II. — BIBLIOGRAPHIE

I. — L'acoumétrie d'après de nouvelles méthodes, par Gradenigo (compte rendu par C. Chauveau) 627
II. — Complément à la 4e édition du Traité des maladies de l'oreille et des complications auriculaires, par Körner (compte rendu par C. Chauveau) 632
III. — Maladies du nez, de la gorge et des oreilles. Médecine et chirurgie, par William Lincoln Ballenger (compte rendu par J.-E. Mathieu, de Challes) 634
IV. — Précis des maladies de l'oreille, du nez, du pharynx et du larynx, par M. Lannois (*suite*) (compte rendu par A. Perretière, de Lyon) 638
V. — Le labyrinthe, organe du sens mathématique de l'espace et du temps (*suite*) par E. Cyon (compte rendu par C. Chauveau) 642
VI. — Lehrbuch der Ohrenheilkunde für Studierende und Aerzte, par G. Bœninghaus (compte rendu par Maurice Bloch, de Paris) 646
VII. — Contribution à l'anatomie pathologique de l'oreille dans la syphilis héréditaire, par Asaï (compte rendu par Delobel, de Lille) 651
VIII. — Du bégaiement, de la parole dans les fissures vélo-palatines, du zézaiement, par Mme Emil Behnke (compte rendu par H. Massier, de Nice) 652
IX. — L'oreille, hygiène, maladies et traitement, par Max Albert Legrand (compte rendu par C. Chauveau) 655
X. — Sur le cancer du larynx. Etiologie et symptomatologie, par C. Biaggi (compte rendu par M. Menier, de Figeac) 656

III. — REVUE DES THÈSES

I. — Traitement de la sinusite maxillaire, par les lavages diaméatiques, par Oudot (analyse par A. Grossard, de Paris) 657
II. — La méthode de Bier dans les suppurations otiques et mastoïdiennes, par Paul Albert (analyse par A. Grossard, de Paris) 659
III. — Les pansinusites péri-orbitaires, par Vaguou (analyse par Molard, de Paris). 661
IV. — Récidives et fausses récidives des mastoïdites, par A. Ilié. (analyse par C. Bassim, de Paris 662

Librairie J.-B. BAILLIÈRE, *19, Rue Hautefeuille, PARIS*

COLLECTION C. CHAUVEAU

OUVRAGES PARUS :

L'Hygiène de l'oreille, par le professeur Haug, de Munich, traduction et annotations par C. Chauveau et M. Menier.

L'Hygiène du nez et du larynx, par le professeur H. Neumayer, de Munich, traduction et annotations par C. Chauveau et M. Menier.

Thérapeutique des maladies de l'oreille, par Hammerschlag, docent à l'Université de Vienne, traduction et annotations par C. Chauveau et M. Menier.

Origine naso-pharyngée de la tuberculose pulmonaire, par M. Boulay et F. Heckel, de Paris.

Sur la symptomatologie et le traitement de l'aphonie spasmodique et d'autres troubles phonateurs d'origine spasmodique, par H. Gutzmann, docent à l'Université de Berlin, traduction par M. Menier.

Les suppurations du labyrinthe consécutives aux lésions purulentes de l'oreille moyenne, par le professeur Gradenigo, de Turin, traduction par M. Menier.

De la paralysie du moteur oculaire externe au cours des otites, par J. Baratoux, de Paris.

Thérapeutique des maladies du larynx, par Heindl, de Vienne, traduction et annotations par C. Chauveau et M. Menier.

Diagnostic et traitement des tumeurs malignes primitives des sinus maxillaires, par L. Jacques, de Nancy, et H. Gaudier, de Lille.

Hystéro-traumatisme de l'oreille, par le prof. de Stella, de Gand.

Éducation et rééducation vocales d'après la physiologie expérimentale, par A. Zund Burguet et René Myrial, de Paris.

Rétrécissements laryngés consécutifs au tubage et à la trachéotomie, par Rabot, Sargnon et Barlatier, de Lyon. (*Les observations et les photographies publiées dans l'ouvrage n'ont pas paru dans les Archives.*) Ce volume se trouve à la librairie Maloine, 25, rue de l'École de Médecine, Paris.

Tumeurs primitives des sinus du nez, par Citelli, de Catane, et O. Belloti, de Milan, traduction par M. Menier.

Les formes cliniques de la maladie de Ménière, par le professeur Lannois et Chavanne, de Lyon.

Les phlegmons du cou d'origine bucco-pharyngée, par J. Broeckaert, de Gand.

PARAITRONT INCESSAMMENT :

Lésions du labyrinthe non acoustique démontrées par des recherches cliniques et expérimentales, par Torretta, de Gênes.

La phonétique expérimentale considérée au point de vue médical, par le professeur Zwardemaker, d'Utrecht.

Essais sur la voix, par Thooris, de Paris.



SPÉCULUM

du

Dr TEXIER (DE NANTES)

Pour l'examen de la partie

moyenne

des fosses nasales

SIMAL, 5, rue Monge, PARIS

V. — La tuberculose galopante des amygdales, par R. Malterre (analyse par Molard, de Paris..... 663
VI. — Sur la constitution morphologique du sang chez les adénoïdiens et sur les modifications de la constitution du sang et de la circulation chez les chiens dont le nez est tamponné, par Chapiro (analyse par M. de Kervilly, de Paris)..... 664

IV. — NOTES DE LECTURES

I. — Les maladies des cavités accessoires du nez dans la scarlatine, par Gustave Killian (analyse par C.-J. Kœnig, de Paris)..... 665
II. — La formule hématologique au cours des affections de l'oreille et de leurs complications, par G. Ostino (analyse par Thys, de Liége)..... 670

V. — ANALYSES

I. *Oreilles.* — Un cas rare de tératologie auriculaire, par G. Vadacca (673). — Sur deux points dans le développement de l'oreille moyenne et de son contenu, par Thomas Guthrie (673). — Contribution à l'étude du colobome congénital du lobule de l'oreille, par Alagna (674). — De quelques rares anomalies dans la partie mastoïdienne du temporal, par A. Ruffini (674). — Sur l'autoplastie de pertes de substance des pavillons des oreilles, par Schmieden (675). — Inscription photographique des pulsations et des variations présentées dans la colonne d'air du conduit auditif externe, par V. Voïatchek (675). — Une comparaison des symptômes cliniques de la paralysie des noyaux et du tronc du vague récurrent et de l'oculo-moteur (comme contribution à la critique de la soi-disant loi Rosenbach-Semon, par O. Körner (676). — Polype aérien du tympan, par G. Tapia (678). — Fracture bilatérale de la paroi antérieure du conduit auditif externe et lésions de l'oreille moyenne ; fracture compliquée de cuisse ; mort par gangrène gazeuse (accidents du travail), par Pierre Lande (678). — Anesthésie locale pour opérations sur la caisse du tympan, par M. Boullay (679). — Contribution à l'étude des otites à exsudat fibrineux à staphylocoques, par P. Richou (680). — Un cas de syphilis héréditaire avec troubles auriculaires, par Cuicha (680). — Nouvelles recherches cliniques sur le traitement des suppurations aiguës de l'oreille moyenne par la stase sanguine, d'après Bier, par Isemer (680). — Volumineux cholestéatome de l'oreille moyenne et de la fosse cranienne supérieure guéri depuis huit ans et demi, par C. Zimmermann (681). — Deux cas de traumatisme du temporal, par Habermann (681). — Comment se comporte le nerf cochléaire dans le méat auditif interne, par G. Alexander et H. Obersteiner (682). — Hypertension artérielle et labyrinthique, par Laffite-Dupont (683). — Contribution à l'étude clinique des névrites aiguës toxiques et infectieuses du nerf acoustique, par J. Hegener (683). — Nystagmus et oreille interne, par Fernand Lemaître et E. Halphen (684). — Au sujet de la pseudo-mastoïdite, par A.-M. Poutchkovsky (685). — Sinus péricranii, par Arnheim (685). — Abcès du cerveau, par Moure (686). — Le traitement des abcès cérébraux d'origine otique avec trois succès, par D. R. Paterson (686). — Contribution à l'étude des abcès du cerveau d'origine otique, par V. Langé (686). — Clinique et traitement de la méningite labyrinthogène, par G. Alexander (687). — Complications intracraniennes des maladies des oreilles et du nez, par Mac-Kernon et Coakley (688). — Un cas de pyohémie d'origine otique avec abcès cérébraux, par Nicolas, de Paris (689). — Sur le traitement opératoire de la phlébite du sinus latéral sans ligature de la veine jugulaire, par J. Dundas Grant (689). — Du traitement électrique de l'oreille, par V. Urbantschitsch (691). — Hallucinations auditives dans le delirium tremens, par Aschaffenburg (691).

II. *Nez et sinus.* — Recherches expérimentales sur les lésions de la cage thoracique consécutives à l'obstruction des fosses nasales, par Chauvet (692). — 4 cas de paresthésie nasale, par Elias (692). — Traitement des maladies dues au catarrhe respiratoire, par Richards (693). — Appoint pratique pour déterminer la perméabilité nasale, par R. Foy (693). — Importance des affections nasales sous l'ophtalmie sympathique, par C. Ziem (693). — Importance de la respiration nasale au point de vue hygiénique, par Villar Alobano (693). — Un cas d'impotence fonctionnelle complète due à une atrophie nasale provoquée, par A. Horiau (694). — Conduite à tenir dans l'abcès chaud de la cloison nasale d'origine traumatique, par Georges Laurens (694). — Dent surnuméraire dans une fosse nasale, par L.-T. Levine (695). — Adéno-carcinome du nez, par F. Landois (695). — Un cas de tumeur vasculaire de la tête du cornet inférieur gauche. Opération par la voie de Rouge. Guérison. Examen histologique, par E. Bernard (696). — Au sujet des rhinolithes, par L. Konan (696). — Contribution au traitement chirurgical de l'hypertrophie du nez, par J. Broeckaert (696). — Quelle opération est préférable : la résection de la cloison par la voie nasale ou orale ?, par Brunings (696). — Sur l'état actuel de la chirurgie endo-nasale, par Finder (697). — Ostéome du frontal, par Moure

CAPSULES DARTOIS



MAISON VERICK

M. STIASSNIE SUCCESSEUR

OPTICIEN

Officier de l'Instruction Publique, Chevalier du Mérite Agricole

MÉDAILLE D'OR

aux Expositions Universelles de PARIS, 1889-1900

FOURNISSEUR DE :

l'**Institut Pasteur**, de la **Faculté** des **Sciences**, de l'**École** des **Hautes Etudes**, de la **Faculté de Médecine**, de l'**Ecole** de **Pharmacie**, des **Ministères** du **Commerce**, de la **Guerre**, de la **Marine** et des **Colonies**, des **Hôpitaux Civils** et **Militaires**, des principales **Facultés Françaises** et **Etrangeres**, etc., etc.

Microscopes et Appareils accessoires pour les études micrographiques

LE CATALOGUE ILLUSTRÉ EST ENVOYÉ FRANCO SUR DEMANDE

204, Boulevard Raspail, 204, PARIS

TÉLÉPHONE : **705-79**

Coryza, Otites, Pharyngites, Bronchites, Grippes, Ozène, etc.

L'ANTIRHINITE

Pommade Antiseptique — Décongestive — Analgésique

Chl. Cocaïne — Chl. Adrénaline — Menthol, etc.

L. DUBUET, *pharmacien de 1re classe*, **96, rue Lafayette, PARIS**

GROS, PIOT et LEMOINE, 28 rue Sainte-Croix-de-la-Bretonnerie, PARIS

CHIRURGIE

Accouchements

HYGIÈNE GÉNÉRALE

GLYCOFORME BOUTRY

PHARMACIE BOUTRY

1, rue d'Odessa, PARIS

ANTISEPTIQUE

à base de formol

ÉCHANTILLON SUR DEMANDE

MENTHOSINE VINCENT

Dragées à base de miel, Menthol,

Erysimum, Benzoate de soude, Codéine, Cocaïne, Aconit

LARYNGITES — TOUX — ENROUEMENT — GRIPPE

DÉPÔT GÉNÉRAL : *12, rue du Pont-Neuf et toutes Pharmacies.*

(697). — Lympho-sarcome des sinus frontaux (698). — Sur la méthode d'examiner les sinus maxillaires et les sinus frontaux, par la lumière diaphane, par Vohsen (698). — Le traitement opératoire des suppurations des sinus du nez, par Chichele Nourse (698). — Résultats pratiques concernant la rhinologie, par Finder (699).

III. *Larynx.* — Manifestations laryngées dans l'ataxie locomotrice et la sclérose en plaques, par Freudenthal (699). — Deux symptômes de lésion récurrentielle, la bradycardie et l'anesthésie du vestibule, par T. Mancioli (700). — Paralysies laryngées d'origine cardiaque, par da Gradi et Fratti (700). — Paralysies récurrentielles d'origine cérébrale, par J. Broeckaert (700). — Spasme laryngé unilatéral, par Menzel (701). — Sur une forme atypique du syndrome d'Avellis, par Savonuzzi (701). — Un nouveau cas de guérison d'une sténose laryngée aiguë grave non diphtérique chez l'enfant, par les injections de morphine, par Sargnon et Rome (702). — Sur l'étiologie des asphyxies tardives après ablation du larynx, par V.-M. Mints (704)). — Rétrécissement du larynx consécutif à la diphtérie, par A. Jouty (704). — Tuberculose laryngée et syphilis méconnue. Evolution et traitement, par Dubar (705). — Traumatisme du larynx au point de vue médico-légal, par Heudück (705). — Un cas de papillome du larynx, par Quadi (705). — Cancer du larynx et fistule œsophagienne, par Moure (706). — Laryngostomie dans les rétrécissements cicatriciels du larynx, par Sargnon et Barlatier (706). — Régénération d'une corde vocale après extirpation totale pour cancer, par Lannois et Durand (706). — Sur les modifications régressives du cartilage de l'épiglotte et leurs conséquences, par Lindemann (707). — Au sujet de la laryngectomie pour cancer, par M. V. Mints (707). — Laryngectomie. Présentation de pièces, par Pietri (707).

IV. *Pharynx.* — Observations sur la structure des amygdales palatines, par Alagna (708). — Oblitération congénitale des choanes, par Quadi (708). — Hypertrophie aiguë unilatérale et récidivante des amygdales palatines avec examen histo-pathologique, par Francis Munch (708). — Sur un cas de charbon des amygdales, par Nouvy Pascha et Haida Bey (709). — Angine de Vincent à marche chronique, par S. Pusateri (709). — Tuberculose du naso-pharynx, par P.-H. Abercrombie (709). — Démonstration de tuberculose amygdalienne primitive, par Goris (709). — Relation d'un cas d'insuffisance vélo-palatine, par Rouvillois (709). — Ablation d'un polype nasopharyngien ayant envahi tous les sinus de la face, par Doyen (710). — Au sujet de l'influence réflexe des végétations adénoïdes, par L. Einis (710). — Application du procédé palatin pour l'ablation de tumeurs naso-pharyngiennes, par Nourok (710). — Ostéo-chondrome naso-pharyngien, par Moure (711). — Un nouvel amygdalotome à anse, par C. von Stein (711).

V. *Bouche.* — Macroglossie chez un enfant de 5 ans, par G. Demenkiew (711). — Au sujet de la mélanotrichie linguale, par le prof. V. Okuneff (711). — Des ulcérations bucco-pharyngées de la fièvre typhoïde, par Trouilleur (712). — Angine de Ludwig, par Boade (712). — Sur une affection de la région sous-maxillaire d'interprétation peu facile, par Fioravanti (712).

VI. *Audition, surdi-mutité.* — Sur les procédés d'examen du labyrinthe et leur importance clinique, par C. Bélinoff (713). — Sur les rapports de la surdité labyrinthique chronique progressive avec la maladie de Ménière, par Franz Alexander et P. Manasse (713). — Suppuration labyrinthique et ouïe. Remarques sur la monographie de Herzog portant le même titre, par V. Hinsberg (714).

VII. *Orthophonie.* — La fatigue laryngée, par A. Perretière (715).

VIII. *Trachée, corps thyroïde, œsophage.* — Les corps étrangers de la trachée chez les enfants, par V. Marcouson (716). — Présentation du radiogramme d'un calcul bronchique, par Kraus (716). — Sur un cas de corps étranger dans une bronche enlevé par la méthode bronchoscopique, par Meyer (717). — Au sujet des nerfs vaso-moteurs du corps thyroïde, par N. Sinakevitch (717). — Contribution à l'étude de la physiologie de l'œsophage, par Pierre Nadal (718). — Fistule œsophagienne spontanée consécutive à un épithéliome envahissant le larynx, par Moure (718). — Technique de l'œsophagoscopie, par Kölliker (718). — Extraction d'un dentier de l'œsophage grâce à l'œsophagoscopie, par Lafitte Dupont (719) — Actinomycose cervicale, par Delore (719).

IX. *Thérapeutique générale.* — La rtentgenthérapie dans le lupus érythémateux, par Amerio (719). — Contribution au traitement des catarrhes aigus du nez et du pharynx, par Schmidt (720). — De la méthode de Bier en oto-rhino-laryngologie, par le prof. Gaudier (720). — Traitement chirurgical de la tuberculose des voies aériennes supérieures et de l'oreille, par Robert Levy (720). — Un tube pour l'auto-insufflation de vapeurs médicamenteuses dans l'oreille moyenne, par Wood (721). — Des inhalations de saponine dans les affections des voies respiratoires supérieures, par Zickgraf (722).

CAPSULES DARTOIS

« LE STÉRÉSOL » (NOM DÉPOSÉ)

VERNIS ANTISEPTIQUE ADHÉRENT AUX MUQUEUSES ET A LA PEAU, est employé avec succès dans beaucoup de maladies de la **gorge**, de la **bouche** et du **nez**, ainsi que pour le traitement des brûlures, des engelures, de l'**eczéma**, etc.

Se trouve chez **G. DARRAGON**, pharmacien à **GRENOBLE**, acquéreur du titre et des formules du **STÉRÉSOL BERLIOZ** ; chez SIMON et MERVEAU, 21, rue Michel-le-Comte à Paris, et dans les principales pharmacies.



Pulvérisateur Vaast

POUR

LA PULVÉRISATION

DES

Huiles médicamenteuses

PRESCRITES

Dans les Affections des Voies respiratoires

Prix : 6, 50

22, Rue de l'Odéon, Paris.

L'Asepsie Absolue

ne peut être garantie que par le

BOUCHAGE dans l'AUTOCLAVE fermé

employé seulement par le

LABORATOIRE GÉNÉRAL DE STÉRILISATION

par les Procédés brevetés S. G. D. G. de Robert, Lescure et Carrière

ROBERT & CARRIÈRE

37, Rue de Bourgogne, **PARIS**, Usine à Bourg-la-Reine

PANSEMENTS COMPOSÉS POUR :

Mastoïdites :

3 Compresses toile moyenne
20 Boulettes noix ;
30 Compresses non cousues 15 × 15 ;
10 Mèches gaze fine 2 cm. × 16 cm. ;
50 gr. Coton hydrophile ;
50 gr. Coton ordinaire ;
1 Bande gaze 10 cm. × 5 cm.
2 Epingles de sûreté.

Sinusite.

3 Compresses toile moyenne
20 Boulettes noix ;
30 Torsades doubles de 15 cm
4 Bourdonnets de gaze ;
50 gr. Coton hydrophile
50 gr. Coton ordinaire ;
1 Bande gaze 10 cm. × 5 cm
2 Épingles de sûreté.

Ampoules-Seringues auto-injectables.

Bromethyl mitigé ; pas d'odeur d'ail ; pas de contracture.

Eau oxygénée boriquée, non irritante.

Mèches de gaze déroulable. — Vaselines antiseptiques en tubes d'étain.

X. *Varia.* — Polynévrite cérébrale, par E. Halphen (723). — Quelques points intéressants de la chirurgie de l'oreille, du nez et de la gorge, par Logan Turner et Fraser (723). — Relevé statistique du service d'oto-rhino-laryngologie de l'hôpital Saint-Jean, de Bruxelles (service du Dr Delsaux, par A. Fallas (724). — Rétention de membranes de cholestéatome dans l'évidement de l'oreille moyenne, par J. Dundas Grant (724). — De la valeur de la détermination numérique des leucocytes dans le diagnostic des affections aiguës inflammatoires par Frédéric E. Sondern (726).

NOUVELLES 726

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

19, *Rue Hautefeuille, PARIS*

Vient de paraître :

LES MAITRES DE L'ÉCOLE DE PARIS

DANS

LA PÉRIODE PRÉ-SPÉCIALISTIQUE

des maladies du pharynx, du larynx et du nez

Par C. CHAUVEAU

PRÉFACE DE M. LE PROFESSEUR R. BLANCHARD

Membre de l'Académie de Médecine

Ancien Président-Fondateur de la Société française d'histoire de la Médecine

ENGHIEN-LES-BAINS

(Seine-&-Oise)

Eaux les plus sulfureuses de France

33 centimètres cubes d'Hydrogène sulfuré par litre

AFFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES

Rhumatismes, Peau — Expédition d'Eau.

Pour ÉVITER les CONTREFAÇONS du THIOCOL prescrire

Sirop Roche au Thiocol

Comprimés de Thiocol Roche

F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie, 7, Rue St-Claude, PARIS (3e)

AVIS *Cette annonce détachée et envoyée à notre adresse sous pli cacheté et affranchie à* **15cent.** *servira de* **BON POUR UN ECHANTILLON**

CAPSULES DARTOIS

Reconstituant général, Dépression du Système nerveux, Neurasthénie.

PHOSPHO-GLYCÉRATE DE CHAUX PUR

NEUROSINE PRUNIER

NEUROSINE-SIROP — NEUROSINE-GRANULÉE
NEUROSINE-CACHETS

Débilité générale, Anémie, Phosphaturie, Migraines.

DÉPOT GÉNÉRAL :
CHASSAING et Cie, Paris, 6, avenue Victoria

MALADIES DES VOIES RESPIRATOIRES • TUBERCULOSES

CAPSULES COGNET

EUCALYPTOL ABSOLU IODOFORMO-CRÉOSOTÉ

ANTISEPTIQUE PULMONAIRE INCOMPARABLE

A. COGNET, 43, Rue de Saintonge, PARIS, et TOUTES PHARMACIES

TUBERCULOSE — DIABÈTE
ANÉMIE — FIÈVRES PALUDÉENNES

ARRHENAL

CHIMIQUEMENT PUR
PRÉPARÉ PAR
ADRIAN

Gouttes contenant chacune... 2 millig.
Ampoules stérilisées.... à 50 —
Comprimés dosés..... à 25 —
Granules — ..... à 1 centig.

CHLOROFORME

préparé pour l'Anesthésie

CHIMIQUEMENT PUR

En Ampoules de 30 et 60 grammes et

En divisions dans toutes les Pharmacies.

ADRIAN

SE TROUVE DANS TOUTES LES PHARMACIES

En FLACONS de 30 grammes fermés à la lampe.

BROMURE D'ETHYLE

ANALGÉSIQUE

ADRIAN

Préparé Spécialement pour PRATIQUER les ACCOUCHEMENTS sans DOULEUR

Vente en gros : 9 et 11, *Rue de la Perle*, Paris.

PRODUITS IODURÉS & BROMURÉS SOUFFRON

IODURE de POTASSIUM
CHIMIQUEMENT PUR

Solution Souffron à 1/15e, une cuillerée à potage contient 1 gr. KI
Sirop — à 1/20e, — — 1 gr. KI
Dragées — dosées à 0 gr. 25 centigr.

IODURE de SODIUM
CHIMIQUEMENT PUR

Solution Souffron à 0/15e, une cuillerée à potage contient 1 gr. NAI
Sirop — à 1/20e, — — 1 gr. NAI
Dragées — dosées à 0 gr. 25 centigr.

IODURE BI-IODURÉ
CHIMIQUEMENT PUR
(KI + Hg. I²)

Solution bi-iodurée Souffron (KI + Hg. I²)
Une cuillerée à potage contient KI, 1 gr. + Hg. I², 1 centigr.
Dragées bi-iodurées Souffron.
Une dragée contient KI, 0 gr. 25 + Hg. I², 2 milligr. 1/2.

Notre solution bi-iodurée, *plus forte que les préparations similaires, ne porte pas sur l'étiquette les mots :* Mercure, Hydrargyre, Syphilis, etc., *elle évite toute suspicion.*

AMPOULES SOUFFRON bi-iodurées
Huile ou Solution aqueuse

Rigoureusement stérilisées, se trouvent par boîtes de 6 ampoules.
Ampoules faibles titrées à 4 milligr., les fortes à 0 gr. 01 centigr.

BROMURE de POTASSIUM ou de Sodium
CHIMIQUEMENT PUR

Solution Souffron 2/15es, une cuillerée à potage contient 2 gr. KBr
Sirop — 2/20es, — — 2 gr. KBr

TOLÉRANCE ASSURÉE — NI IODISME, NI BROMISME
Se trouvent chez les Spécialistes et toutes Pharmacies
PRIÈRE DE PRESCRIRE : **Solution, Sirop** ou **Dragées Souffron** à :

ADÉNOÏDES

On obtient chez les adénoïdes de très bons résultat par l'emploi de la



FUCOGLYCINE
du Docteur GRESSY

Ce sirop convient aussi tout particulièrement aux
LYMPHATIQUES, SCROFULEUX & RACHITIQUES

C'est un produit **naturel** iodo-bromo-phosphoré préparé avec les principes actifs extraits d'algues et fucus fraîchement récoltés.

Puissant succédané de l'huile de foie de morue, il ne cause aucun dégoût, ni fatigue de l'estomac, et est d'une assimilation parfaite.

Expérimenté avec succès dans les hôpitaux

LE PERDRIEL, 11, rue Milton — PARIS

Fournisseur de l'œuvre des Enfants Tuberculeux (Hôpital d'Ormesson).

FICHES BIBLIOGRAPHIQUES

Traitement chirurgical des difformités du septum nasal.

Freer. Association britannique, 29 avril 1906.

French. *New-York med. J.*, 24 novembre 1906.

Killian. Résection fenêtrée des muqueuses du septum. *Arch. f. Laryng.*, vol. 16, p. 362.

Laurens. Traité.

White. *Boston medical et chirurgical J.*, 1906.

Zarniko. Traité 2e édition, p. 296.

Luxations et fractures du septum nasal.

Fischenich. *Arch. f. Laryng.*, vol. II, p. 32.

Freytag. *Monatsschrift f. Ohrenheilk.*, 1896, p. 217.

Rœpke. Die Verletzungen der Nase.

Winkler. *Monatsschrift. f. Ohr.*, 1903, p. 339.

De l'alypine en rhino-laryngologie.

Baumgarten. Budapest. — Das Alypin in der Rhino-laryngologie. *Wiener klinische Rundschau*, n° 36, 1906.

Buerkner. Göttingen. Erfahrungen über die Verwendharkeit des Alypins in der Ohrenheilkunde. *Berlin. klinische Wochenschrift*, n° 14, 1907.

Cisler. Anästhetica in der Rhino-laryngologie. *Casopis lekarsk Ceskgch.* Nr. 4 und 5., 1906.

Finder. Uber Alypin in der rhino-laryngologischen Praxis.

Grazzi. L'Alipina nuovo anestetico locale in otorino-laringoiatria (della clinica per le malattie degli organi uditivi, vocali ed olfattivi della R. Universita di Pisa), la *Clinica moderna*, n° 14, 1907.

Hirschland. Ohren-nasen-und Holsheilk Wiesbaden. Ein Fall von Freimdkörper im linken-Bronchus. *Monatsschrift f. Ohrenheilkunde sowie für kehlkopf.-nasen, rachenkrankeiten*, n° 12, 1906.

Jurasz. Die Behandlung der Larynx-tuberkulose. *Deutsche medizim Wochenschrift*, n° 27, 1907.

Jurnet. Barcelone. Alypin (clinique oto-rhinologique du prof. Ricardo Botey). *Arch. de rhino-laryngo-otologie*, n° 141, 1906.

Katz. Beitrag zur örtlichen Anasthesierung der oberen Atmungsorgan und der Ohren. *Deutsche medicinische. Wochenschrift.*, n°36, 1906.

Küttner. Berlin. Alypin. *Zeitschrift für Arztl. Fortbildung*, n° 22, 1906.

SULFO-RHINOL DU Dr FAYÈS

Pansements
Gargarisme
Injections
Inhalations
Affections cutanées

PHENOSALYL
TERCINET
Seul Antiseptique composé approuvé par l'Académie de Médecine.

Résultats thérapeutiques remarquables et rapides.
NON TOXIQUE
SOLUBLE DANS L'EAU
Flacons de 125 et 250 gr.
Toutes Pharmacies

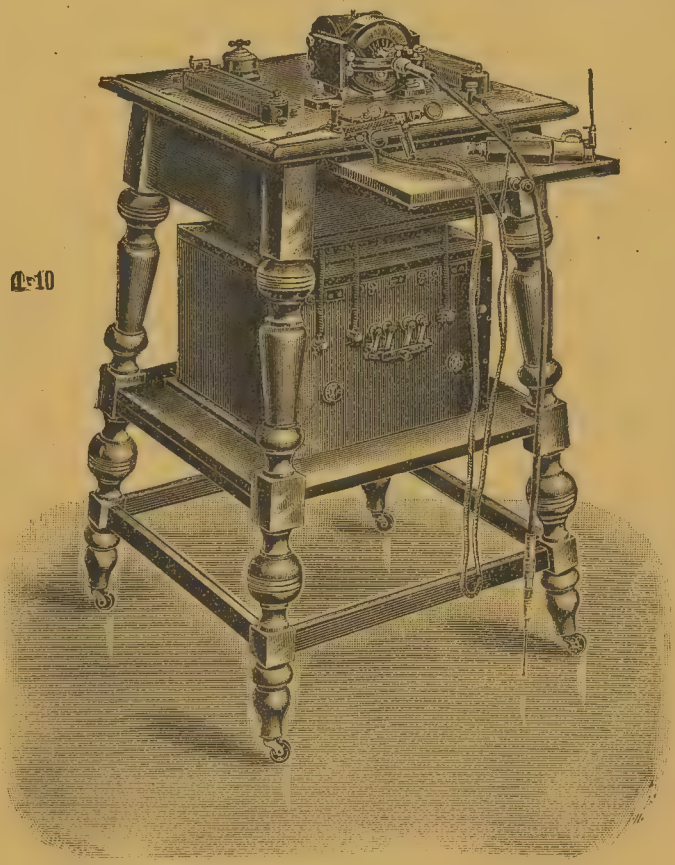
DOSE : Une Cuillerée à soupe pour un litre d'eau tiède.

Société pour la fabrication d'appareils électriques

HELLER, COUDRAY & Cie, 18, Cité Trévise, PARIS

Appareils de physique, de projection, etc., pour Laboratoires, Facultés, etc.
Catalogue spécial sur demande.

Appareils de chauffage électrique, Stérilisation et autres usages médicaux.
Catalogue spécial sur demande.



Q-10

Appareil universel fonctionnant par accumulateurs, pour laryngologistes : donnant cautère, lumière, anses, massage de la gorge, opérations chirurgicales, trépanation, etc., etc.

Appareils d'Électricité Médicale et Industrielle. — **Spécialité de Moteurs et Accessoires pour Massage vibratoire** (courant continu et courant alternatif), **Tableaux de distribution pour toutes applications médicales, Transformateurs, Appareils pour la production des rayons X, Bains de lumière, Bains hydro-électriques haute fréquence, etc., etc.**

Envoi du Catalogue sur demande.

*

SULFO-RHINOL DU Dr FAYÈS

NAVRATIL. Budapest. Laryngologische Mitteilungen aus der laryngolosischen. Abtl. der Rachenspital. Alypin. *Orvosi hetliosp*, n° 40, 1906.

RAOUL et PILLEMENT. Quelques mots sur un nouvel anesthésique local employé en rhino-laryngologie. *Arch. intern. de laryngo-oto-rhino*, n° 2, 1906.

ROY. L'anesthésie et les anesthésiques en oto-rhino-laryn g. *Le Médecin*. Paris. Juin 1907.

RUPPRECHT. Alypin und Novokaïn, Ein Beitrag zur Technik der Anesthesie in der Praxis der Hals-nasen-ohrenarzt. *Monatsschrift für Ohrenheilkunde*, n° 6, 1906.

SEIFERT. Ueber Alypin. *Deutsche Medizim Wochenschrift*, n° 34, 1905.

SEIFERT. Uber die Bechandlung des akuten Katarrhs der oberen Luftwege. *Deutsche medizin. Wochenschrift*, n° 20, 1907.

SPIRA. Ueber ein neues lokales Anestheticum das Alypin in der Behandlung von der Krankungen der oberen Luftwege und Gehörorganes. *Die Heilkunde*, n° 9, 1907.

Anatomie de la cloison nasale.

HASSE. Ueber Gesichtsasymmetrien. *Arch. f. Anatomie u. Entwickelungsgeschichte*, 1887.

KILLIAN. Zur Anatomie der Nase menschl Embryonem *Arch. f. Lar.*, II, S. 236.

KŒLLIKER. Festschrift für Rinnecke, 1877, zitiert aus Erinnerungen aus meinem Leben, 1899, S. 296.

MIHALKOVICZ. Heymanns Handbuch. Bd., III,1, S. 24.

SCHMIDT (M.). Die Krankh. der oberen Atmungsorgane, 1897, S. 36.

SCHIEFFERDECKER. Heymanns Handbuch III,1, S. 98.

SCHIEFFERDECKER. Heymanns Handbuch, III, 1, S. 103.

STÖHR. Lehrbuch der Histologie, 7. Auft., S. 343.

Porte-Mouchoirs Aseptiques

DE

L. CASADESUS

183, Faubourg Poissonnière, 183, PARIS

Construit d'après les indications de M. le docteur **A. CALMETTE**, directeur de l'INSTITUT PASTEUR DE LILLE. Présenté à l'Académie de Médecine par M. le docteur **BROUARDEL** (14 octobre 1902).

Mouchoirs 20 cent. sur 14 cent..... **2.50** la grosse
Tire-langue 16 cent. sur 12 cent..... **2.25**

(Pris par 24 grosses)

Indispensables à tous les médecins spécialement aux Docteurs pour les maladies de la Gorge, du Larynx, du Nez et des Oreilles. — Ces mouchoirs et tire-langues ne peuvent servir qu'une fois.

BENZOCALYPTOL (Benzoate de Gaïacol eucalyptolé et Pin d'Ecosse mentholé)

Maladies inflammatoires et infectieuses de la gorge, du larynx, du nez, des bronches

S'EMPLOIE

Inhalations 2 cuillerées à soupe dans un inhalateur à air. | En Pulvérisations 1 cuillerée à café par verre d'eau tiède.
Fumigations 2 cuillerées à café par verre d'eau chaude. | En Vaporisations 1 c. à soupe par verre d'eau bouillante

(*Avec l'inhalateur d'air du Dr W. RICHARDSON*)

Pharmacie Universelle, 213, Rue Saint-Honoré

GOUTTES LIVONIENNES
de **TROUETTE-PERRET**
(Créosote, Goudron & Tolu)
Le remède le plus puissant contre les
Affections des Voies Respiratoires
Quatre Capsules par jour aux repas.
TROUETTE, 15, rue des Immeubles-Industriels, PARIS.

POUDRE DE VIANDE
de **TROUETTE-PERRET**
La plus agréable à prendre
sans odeur ni saveur.
TROUETTE, 15, rue des Immeubles-Industriels, PARIS

KÉFIR CARRION
Dyspepsies, Tuberculose
0'35 c. la bouteille de 250 gr. livrée à domicile.

KEFIROGÈNE CARRION
Pour préparer soi-même le **KÉFIR**
2 fr. les 10 doses.
54, Faubourg Saint-Honoré, PARIS.
TÉLÉPHONE 136-64.

ENGHIEN-LES-BAINS
(Seine-&-Oise)
Eaux les plus sulfureuses de France
33 centimètres cubes d'Hydrogène sulfuré par litre
AFFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES
Rhumatismes, Peau — Expédition d'Eau.

Laboratoire d'Analyses Médicales
A. GUILLAUMIN, **Pharmacien de 1re Classe**
Docteur de l'Université de Paris — Ex-interne des Hôpitaux
Analyses biologiques — Examens bactériologiques — Sérums physiologiques — Ampoules médicamenteuses — Pansements antiseptiques
Comprimés d'oxycyanure d'hydrargyre Guillaumin dosés à 0 gr. 50
Pharmacie MELLET et GUILLAUMIN, 168, boulevard Saint-Germain. PARIS
Teléphone 821.25.

Antisepsie par l'oxygène naissant
OXYGÉNO-BORE "OBS"
aux superborates et peroxydes alcalins
Produit recommandé par son action microbicide énergique et inoffensive.
Maladies de la bouche, de la gorge, du nez, des oreilles, des voies génitales et uréthrales.
DÉPÔT GÉNÉRAL : *10, rue Victor-Hugo, Neuville-s.-Saône, et dans toutes les Pharmacies.*

Difformités du septum nasal.

Anton. *Arch. f. Ohrenheilk.*, led. 35, 1893.

Bloch. Der hohe Gaumén. *Zeitschr. f. Ohrenheilk.* Bd. 44, S. 1.

Frankenberger. *Monatsschrift f. Ohr.*, 1902, n° 5.

Fliess. Ueber den ursächlichen Zusammenhang von Nase und Geschlechtsorgan. *Bresgens Sammlung Zwangl. Abh.*, 1902.

Grosheintz. Ueber die Beziehungen der hypsistaplylie zur Leptoprosopie. *Arch. f. Laryng.* Bd, VIII.

Gradenigo. Die Hypertrophie d. Rachentonsille. *Haügs klinisch Vorträge*, Bd. IV.

Guder. *Annales des maladies de l'oreille*, 1898, n° 1.

Hartmann. Ueber die leisten u. dornförmigen Vörsprünge der Nasenscheidewand. *Anat. Anzeiger.* V. Jahrg. 1890, n° 8.

Hack. Reflexneurosen und Nasenkrankh. *Berl. klin. Woch.*, 1882.

Hermann. Ueber die Lehre von den Beziehungen der oberen Luftwege zu der weibl. Genitalphäre, Halle, 1904.

Jurasz. Die nasalen Reflexneurosen, Heymann Handbuch, III, 11. S. 653, u. ff.

Katz. Bemerkungen zur Reflexepilepsie infolge von Erkrank. der oberen Atmungsorgane. *Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, 1905. S. 398.

Kafemann. Schuluntorsuchungen. Dantzig, 1890.

Körner. *Zeitschr. f. Ohrenheilk.*, 1891. Bd. 21. S. 116.

Körner. Untersuch. über Wachstumsstörungen und Missgestaltung der Oberkiefers und des Nasengerüstes, etc. Leipzig, 1891.

Löwenberg. Anat. Untersuchungen der Nasenscheidewand. *Zeitschr. f. Ohrenh.*, Bd. XIII.

Mialkovicz. Heymanns Handbuch, III, 1. S. 79. u. f. *Monatsschr. F. Ohrenh.*, 1903, S. 129.

Siebenmann. Nasenhöhle und Gaumensgrübe bei den Verschidenen Gesichtsschädelformen. *Wiener. med. Woch.* 1899, n° 2.

Spurgat. *Anat. Anzeig.* Bd. VIII, 1893. S. 228.

Lésions osseuses dans la sinusite frontale.

Axenfeld. *Deutsche med. Woch.*, 2 octobre 1902.

Barth. *Arch. f. klin. Chir.*, vol. LVII, p. 761.

Brandt. Thèse de Fribourg, 1902, cas n° 1 et n° 2.

Buerger. *Jahresbericht Virchows-Hirsch*, 1894, II, p. 135.

Eschweiler. Travail de la clinique ophtalmologique de Giessen, 1899, p. 30.

Freudenthal. *Arch. int. de laryng.*, 1905, III, p. 764.

Gallemaers. *Policlinique*, 1902, n° 10.

Gosetti. *Zentralblatt f. prakt. Augenheilk.*, octobre 1895.

Golowine. *C. R. Congrès int. de Moscou*, cas n° 6.

Grossmann. *Allgemeine Wiener med. Zeit.*, 1893, n° 15.

Guillemain. *Archives d'ophtalmologie.* 1891, p. 131, cas 1 et 3.

Hajeck. *Arch. int. de laryng.*, 1906, I, p. 5.

Hajeck. *Wiener klin. Woch.*, 1906, n° 6.

SULFO-RHINOL DU Dr FAYÈS



Howard et Ingersoll. *Amer. J. of med.Sc.*, 1898, vol. CXV, p. 520.

Keimer. *Deutsche med. Woch.*, oct. 1904.

Kühnt. Cas n^{os} 1, 5, 11, 13, 14 de son Traité des inflammations, etc.

Lothrop. *Annals of surgery*, vol. XXIX, 1899, p. 207.

Leber. *Græfes Arch.*, vol. XXVI, 1880.

Marchik. *Wiener klin. Woch.*, 1907.

Molinié. *Bull. et Mém. de la Soc. française d'otol.*, 1899, p. 180.

Ortega. Thèse de Paris, 1895. Contribution à l'empyème, etc.



PAUNTZ. *Knaps Arch. f. Augenheilk.*, 1905, vol. LII, p. 380.

PELTESOHN. *Centralblatt f. prack. Augenheilk.*, XIII, février.

RICHTER. Thèse de Leipsig, 1895 (antrites suppurées non perforantes).

RÖPKE. *Fraenkels Arch. f. Laryng.*, VIII, p. 321.

SCHMIEGELOW. *Zeitschr. f. Ohrenheilk.*, 1903, p. 293.

SILCOCK. *The practitioner*, 1987, p. 253.

STANCULEANO. Rapports anatomiques, etc. Thèse de Paris, 1902, p. 81.

TILLEY. *The Lancet*, 1896, 26 septembre.

Leptoméningite purulente de la sinusite frontale.

BAILEY. *The laryngoscope*, May 1904.

BLESSIG. Mitt. a. d. pet. Augheilk H. V., 1898, Z. Sympt. Terap. u. Prognose der orb Augenerk., trad. allemande p. 257.

BOTEY. *Archivios latinos de rinol.*, etc., 1897, n° 76, f. 2.

BOUROT-LÉCARD. Cité par Hajek.

CARVER. *The brith. med. Journ.*, June 16, 1883, S. 1182.

CELLIEZ. V. Sicard, 1er chapitre.

CHIARI, MARSCHIK. *Medizin klinik*, 1908, n° 16.

COFFIN. Intracranial complications, etc. *Medical record*, nov. 9 1907.

GIBSON. *Arch. F. O.*, 1900, Bd. XLIX, S. 164.

HERZFELD. *Ber. klin. W.*, 1905, n° 10, S. 263.

HOPFFGARTEN. Ein Beitrag z. Lehre. V. emp usw. *Deutsche Zeitschrift f. Chir.*, 42 Bd., 1896, S. 498, F. 3.

HOPPE. Beitrag zur Kenntnis der Erkrankungen usw. *kl. Monatsbl. Augenheilk.*, 1893, 31 Jahrg., S. 160.

HOUL. *Zentralbl. f. innere Med.*, 1905, n° 35, S. 869.

JOCQS. Congrès franç. d'ophtal., 1902, 1 Séance, 5 mai, discussion.

KÜMMEL. Cité par Schilling, *Zeitschr. f. O.*, 1904, erg.-h.

LANNELONGUE. Thèse de Jaymes, Paris, 1887.

LENHARDT. Infection du sinus front., etc. *Bull. et mémoire de la Soc. franç. d'otologie*, etc. T. XIV, 1898, S. 641.

LODGE. *The british med. journal*, 1902, Aug. 30, S. 601.

MAHU. Sinusite frontale avec empyème, etc. Communic. à la Soc. franç. d'otol., etc., 2 mai 1904.

MC NAUGHTON. Acute Meningitis in relat. to disease of the nasal mucous membrane. *Brit. med. Journ.*, 1885, I, S. 1401.

MACEWEN-MILLAR. Die infekt. nasal Erkrankungen des Gehirns, 1898.

MOREL et HUBERT, cité par Guisez.

PARLOF. cité par Stucky. *The Lancet clinic Dez.*, 17, 1904.

PAULSEN, cité par Sicard.

PASSOW. Gesellsch. der Chariteärzte, 29 nov. 1906. *Berl. klin. W.*, 1907, Nr. 8, S. 228.

PIFFL. Festschrift f. prof. H. Chiari.

RICHTER. *Med. u. chirurg. Bemerkungen*, II, Bd. 1813, S. 86.

ROTH. *Wien. kl. W.*, 1899, Nr. 14.

SCHOLLE. Uber Stirnhohlenempyem bei kindern, etc. *Arch. f. Kinderheilk.*, 1906, S. 306.

WALLENBERG. Akute meningitis i. connection with intranasal disease. *British med. Journ.*, 1885, June 13, I, S. 1200.

WERTHEIM. *Arch. f. Lar.*, 1901, Bd. XI, p. 213, f. 5.

SULFO-RHINOL DU Dr FAYÈS

SIPHILITHÉRAPIE

Produits DURET, 19, Boulevard Malesherbes, PARIS

Communication à la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie de Paris. Années 1906, 1907, 1908.

Injections mercurielles solubles et insolubles, indolores au Gaïacoloïd.

Pratique Rhino-Laryngologique, Oculistique et Chirurgicale

SOLUTION D'ADRÉNALINE DE MIALHE

Principe actif des glandes surrénales

Titrée au 1/1000

Expérimentée avec succès dans les Laboratoires de la Faculté de Médecine

Le flacon . . . . . 5 fr.

Ampoules de 1 miligramme par centimètre cube . . 5 fr.

Pharmacie MIALHE, PETIT et ALBOUI

8, Rue Favart, 8, PARIS

Remise d'usage aux Médecins

BAIN DE PENNÈS

Hygiénique, Reconstituant, Stimulant

Remplace ***Bains alcalins, ferrugineux, sulfureux,*** surtout les ***Bains de mer.***

Exiger Marque de Fabrique.— PHARMACIES, BAINS

PAPAÏNE TROUETTE-PERRET

(Le plus puissant digestif connu)

Un verre à liqueur d'ELIXIR, SIROP ou VIN de *Papaïne de Trouette-Perret* après chaque repas.

E. TROUETTE, 15, rue des Immeubles-Industriels, PARIS

PHARMACIE OSWALD GIRARD

HYGIÈNE DE LA BOUCHE ET DES FOSSES NASALES

LE

"STOMATOL"

(DÉPOSÉ)

(Lavages, Gargarismes — ANTISEPTIQUES)

BROMURE D'ÉTHYLE ANESTHÉSIQUE Effet rapide, sans contractures ni nausées

CHLOROFORME ANESTHÉSIQUE et tous produits antiseptiques

"ARGYROL"

Antiseptique

(A.-C. BARNES AND H. HILLE)

Place Saint-Germain-des-Prés, PARIS

SULFO-RHINOL DU Dr FAYÈS

WERTHEIM. *Arch. f. Lar.*, 1901, Bd. XI, p. 209, f. 3.

WILD. *Zeitschr. f. Ohrenheilk.*, XL, 1902, S. 333.

WATSON-WILLIAMS. *Monatsschrift f. Ohrenheilk.*, 1899, S. 211, u. brieft.

ZINN. *Wien. klin. Wochenschr.*, 1902, Nr 27, p. 394.

Abcès du cerveau et sinusite frontale.

BOUSQUET. *Le Congrès médical*, 5e année, t. V, 1877, S. 972.

BRIGHT. Abercrombie, *op. cit.*, p. 40. B. W. sp. Watson diseases of the nose, etc., S. 135.

CISNEROS. *Arch. intern. de laryngol.*, usw., 1906. Mai-Juin.

DABNEY. Louisville Monthly, 1905, Januar.

DENKER. *Fränkels Arch. f. Laryng.*, Bd. X, H. 3, S. 410.

DONALIES. *Arch. f. Ohrenheilk.*, Bd. 75, 1908.

GARIPUY. *Toulouse médic.*, juin 1905 (zit. C. Sicard).

GERBER. S. 308. *Fränkels Arch. f. Laryng.*, Bd. XVI.

GORIS. *Arch. intern. de laryng.*, etc., 1906, p. 404, I, cit. d'après Capart fils.

GOULY. Soc. franç. d'otol., etc., Bd. XIV, 1898, S. 651.

KNAPP. Beitrag zur Pathologie der Stirnhölhen. *Arch. of. Augenheilkunde*, Bd. 9, 1880, S. 448.

KOEBEL. Ueber Kombination v. Otit. med. mit rhinog. Gehirnabscess *Beitr. zur klin. Chirurgie*, 1899, XXV, H. 2, S. 526.

KOHLER. *Charité-annalen*, XVII, jahrgang, 1892, S. 333.

KRECKE. *Beitrag zur Pathol. usw. München. med. Wochenschr.*, 1894, Nr. 51, S. 1030.

GREGOR. *Medic. Record New-York*, March 31, 1894, S. 396, vol. 45.

GRÜNWALD. *Münch. med. Wochenschr.*

HAMMESFAHR. *Deutsche med. Wochenschr.*, 1907, Nr. 16, p. 659.

HANSBERG. *Zeitschr. für Ohrenh.*, 1903, Bd. XLIV, p. 360.

HERZFELD. *Bern. klin. Wochenschr.*, Nr. 47, 1901, p. 1180.

HEYMANN (R.). *Zeitschr. f. Ohrenh.*, Bd. XXXII, S. 41.

HOFFMANN. Abcès multiples du cerveau à la suite de la suppuration, etc. *Arch. intern. de laryngol.*, 1906, I, p. 79.

LAURENS. La chirurgie oto-rhino-laryngologique. Paris, Steinheil, 1906, p. 421.

LAURENS. *Ibid.*

LINDEN. *Int. Zentralbl. f. Laryngol.*, usw. 1901, Nr. 7, S. 349.

LUC. Contribution à l'étude, etc. Soc. franç. d'otol., etc., 1897, S. 325, t. XIII.

MAYER, HABERMANN. Beiträg zur Kenntnis der Sehstörung usw. *Wien. klin. Wochenschr.*. 1907, Nr. 31.

MERTINS. Empyema the frontal sinus followed, etc. *The lancet*, 1904, June.

MILLIGAN. Suppurativ front. sinusitis. *The Brith. med. Journ.*, janv. 28, 1905, I, p. 171, F. 6.

MILLIGAN. *The Brith. medic. journ.*, janv. 22, 1905, I, p. 171, F. 33.

MOURE. Soc. franç. d'otol., etc., 1904, XXII, p. 10.

ORLANDINI. *Estratto dal periodico rivista veneta di scienze medich.*, anno XXI, fasc. 2, 1904.

PLANCHU. Trépanation pour un cas d'abcès cérébral, etc. *Lyon médical*, 28 Bd., t. 83, 1896, p. 434.

RAFIN. *Lyon méd.*, 1897, t. 85, S. 216.

PURGYL
AGIT sans COLIQUES
LE MIEUX TOLÉRÉ par les ENFANTS
Phie KŒHLY, 160, Rue St-Maur, PARIS
Echantillons aux Médecins
PURGO-LAXATIF DOUX

NISAMÉLINE
de TROUETTE-PERRET
contre AFFECTIONS CUTANÉES
et PRURIGINEUSES et NÉVRALGIES
Se trouve dans toutes les Pharmacies sous forme de Sirop, Pilules, Poudre
E. TROUETTE, 15, rue des Immeubles-Industriels, PARIS

LE
CACODYLATE DE GAIACOL
(GAIACACODYL VIGIER)

Spécifique dans le traitement de la TUBERCULOSE et surtout de la GRIPPE (1)

C'est en 1900 que M. le Dr Barbary, de Nice, introduisit dans la thérapeutique ce précieux médicament, et c'est en 1901 qu'il résumait dans le journal **La Lutte antituberculeuse**, les excellents résultats qu'il avait obtenus chez cinquante tuberculeux. M. F. Vigier, pour faciliter l'emploi de ce sel en injections hypodermiques ou intra-musculaires, prépare, depuis 1901, des *ampoules gaïacacodyliques* renfermant une solution aqueuse inaltérable à 0 gramme 05 de cacodylate de gaïacol par centimètre cube : l'injection est indolore, grâce à une légère anesthésie locale qui se produit sous l'action du gaïacacodyl.

Depuis cette époque, ces ampoules ont été employées avec succès dans les dispensaires antituberculeux et chez les malades de la ville par un grand nombre de praticiens : les Drs Bernheim, Gonsalve Menusier, etc. — On peut aussi administrer à l'intérieur le cacodylate de gaïacol sous forme de **Perléine** à 0 gramme 025 et à la dose de 2 à 6 par jour chez les malades qui ne se prêtent pas facilement à l'application de la méthode hypodermique. Dernièrement, M. le Dr Burlureaux a fait connaître à la Société de thérapeutique les heureux résultats enregistrés chez des tuberculeux et des malades atteints de la grippe. Le cacodylate de gaïacol est le médicament de choix pour combattre ces maladies et doit être considéré comme **succédané très précieux** de la créosote dans le traitement de la tuberculose et comme **médicament véritablement spécifique de la grippe.**

Chez les **tuberculeux**, on peut injecter ce produit pendant des semaines et des mois, à raison d'une injection tous les deux ou trois jours sans craindre aucun accident. On obtient de suite une diminution de la fièvre, sans craindre l'hypothermie que provoque parfois la créosote. Chez les tuberculeux non fébricitants, l'expectoration diminue, l'appétit augmente et le sommeil devient excellent.

Chez les **grippés**, l'injection aqueuse de gaïacacodyl produit des effets remarquables. S'appuyant sur plus de deux cents observations, le Dr Burlureaux constate qu'une ou deux injections de 0 gr. 05 font tomber rapidement la fièvre, les malades voient trois ou quatre heures après l'intervention, disparaître leur malaise physique et mental. D'un jour à l'autre l'expectoration diminue. Enfin, chose curieuse, si l'on applique la médication aux accidents parfois si tenaces de la convalescence, on voit qu'une ou deux injections suffisent pour enrayer ces derniers.

C'est donc en toute assurance que les praticiens pourront administrer le cacodylate de gaïacol (gaïacacodyl Vigier) dans le traitement de la tuberculose et surtout dans celui de la grippe.

1). La **Boite** de **15 ampoules gaïacacodyliques Vigier** à 0 gramme 05 de cacodylate de gaïacol par centimètre cube. **Prix : 5** francs.

Perléines de cacodylate de gaiacol Vigier à 0 gramme 025 mill. : **le flacon 4** fr. **50.**

PHARMACIE VIGIER
12, Boulevard Bonne-Nouvelle, PARIS

Coryza, Otites, Pharyngites, Bronchites, Grippes, Ozène, etc.

L'ANTIRHINITE

Pommade Antiseptique — Décongestive — Analgésique

Chl. Cocaïne — Chl. Adrénaline — Menthol, etc.

L. DUBUET, *pharmacien de 1re classe,* **96, rue Lafayette, PARIS**

GROS — PIOT et LEMOINE, 28, rue Sainte-Croix-de-la-Bretonnerie, PARIS

SULFO-RHINOL DU Dr FAYÈS

Ramond. Sinusite frontale à streptocoques, etc. Soc. anat. de Paris, *Bull. An.*, 73, 1898, p. 216.

Redtenbacher. *Wiener med. Blätter*, 1892, Nr. 13, p. 200.

Reinhard. *Münch. med. Wochenschr.*, 1905, S. 2245, n° 46.

Röpke. Versamml. der deutschen otol. Ges. Bremen, 1907, F. H.

Schröder. *St-Petersburger med. Wochenschr.*, 1895, Nr. 6.

Seifert. *Rev. hebdom. de laryng.*, etc., 1905, n° 24.

Sillar. *The Edimburgh med. journal*, vol. XXXV, 1899, 1889, p. 178.

Silex. *Berl. klin. Wochenschr.*, 1896. Nr 51, p. 1140.

Talko. *Zeitschrift f. Augenheilk.*, Bd. IV. 1900, p. 236 (H. 8), Ref.

Trautmann. *Charité-annalen*, 25 Jarhrg 1900, p. 301.

Treitel. Ueber Hirnabscesse nach Stirnhohleneiterung. *Deutsche med. Wochenschr.*, 19 nov. 1896, Nr. 47, p. 758.

Weichselbaum. *Wiener klin. W.*, 1890,

Wertheim. *Frankels Archiv für Laryng.* 1901, Bd. XI, p. 204, F. I.

Wilson. *Int. Zentral bl. f. Laryng.*, usw., 1899, n° 4, p. 149.

Polysinusite et périantrite frontale compliquées.

Bronner. *Zentralbl. f. Laryng.* 1903, n° 12.

Bryan. Ref. *Zeitschr. f. Ohrenheilk.*, vol. 37, 1900, p. 253.

Coakley. Frontal sinusitis diagnosis, etc. *Annals of otology*, etc., sept. 1905, p. 16, C. III.

Collin et Eymeri. Cellulite arbitraire consécutive à un empyème... *Annales d'oculistique*, 63e année.

Collin et Walker. Two cases of orbital cellulitis, etc. *Ophtalmic hospital reports*, 1889, vol. 12, p. 281, F. I.

Grunert. Ein fall rhinologen Pyämie usw. Munch. *Med. Wochenschrift.*, 1903, p. 608, Nr. 14.

Grüning. Orbital cellulitis empyema of the ethmoïd cells, etc. *Med. Record New-York*, V, 65, 1904, p. 215.

Guisez. Sinusite fronto-ethmoïdale du traitement chirurgical de l'ethmoïdite purulente. Thèse de Paris, 1902.

Holmes. Cité par Onodi. Der Schnerv usw. 1907, S. 49.

(*A suivre.*)

AVIS

Divers numéros des ***Archives*** sont épuisés et cependant demandés fréquemment, en particulier les nos 1, 1904, 1, 2 et 3, 1905, et 1, 4, 1908.

Ces numéros seront repris au bureau du journal, au prix marqué.

HOPOGAN
USAGE INTERNE
exclusivement préparés
par BOCQUILLON-LIMOUSIN
pour l'usage Médical.

Les seuls Peroxydes expérimentés aux Hôpitaux.
17, RUE D'ATHÈNES. PARIS.
EKTOGAN
USAGE EXTERNE

ARCHIVES INTERNATIONALES
DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE
RHINOLOGIE

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

I. — PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

I. La pratique de l'otologie dans les armées en campagne, par **J. Toubert** et **P. Saltet** (de Casablanca)..... 729
II. Sur les tumeurs de l'acoustique. Étude clinique et anatomo-pathologique avec une observation personnelle et avec quelque considération sur la fine structure des gliomes en général, par **G. Alagna** (de Palerme)..... 751
III. La position du malade après les opérations sur l'oreille, par **D. Mac Kenzie** (de Londres)..... 769
IV. Le diagnostic clinique de la tuberculose des amygdales, suivi de quelques remarques sur le diagnostic microscopique, par **L. W. Hurd** et **J. Wright** (de New-York)..... 774
V. Quelques cas de rhinolithes et un cas d'otolithiase, par **J. Mœller** (de Copenhague)..... 785
VI. Contribution clinique au diagnostic des affections œsophagiennes par l'œsophagoscopie, par **de Cigna** (de Gênes)..... 789
VII. De l'ossilectomie dans la cure radicale de l'otorrhée, par **P. Brunel** (de Paris)..... 800
VIII. Les lésions du labyrinthe non acoustique (*suite*). Démontrées par des recherches expérimentales et cliniques, par le prof. **A. Torretta** (de Gênes). 805
IX. Sur le diagnostic précoce et sur le traitement du cancer laryngé (fin), par **S. M. Bourack** (de Charcoff)..... 818
X. Un cas de pyohémie par otite moyenne aiguë, par **E. Rimini** (de Trieste). 839
XI. Tuberculose primitive du larynx. Trachéotomie. Guérison définitive par la galvanocaustie, par **Roure** (de Valence)..... 843
XII. Deux cas de corps étranger bronchial, par **R. Botey** (de Barcelone)..... 847
XIII. Érysipèle primitif du larynx, par **G. Solaro** (de Milan)..... 852

II. — PHYSIOLOGIE

La phonétique expérimentale considérée au point de vue médical, par **Zwaardemaker** (d'Utrecht)..... 855

III. — TECHNIQUE PRATIQUE

I. Hémostase nasale préventive de l'hémorragie secondaire, par **E. Escat** (de Toulouse)..... 870
II. La chirurgie esthétique et plastique de l'oreille, par **M. A. Goldstein** (de Saint-Louis)..... 873

IV. — PHONÉTIQUE

I. Essais sur la voix (*suite*), par **A. Thooris** (de Paris)..... 879
II. Les troubles de la parole chez l'enfant. Bégaiement et blésités : leur correction, par **E. Drouot** (de Paris)..... 884

SALICOL DUSAULE

BIOPHORINE

La **BIOPHORINE** est un Saccharolé à base de **Kola, Glycérophosphate de chaux,** Coca, Quinquina et Cacao vanillé.

La **BIOPHORINE**, le plus complet des agents antineurasthéniques et antidéperditeurs, est le tonique du sang, des muscles et des nerfs, le reconstituant et le régénérateur le plus éprouvé.

La **BIOPHORINE** est indiquée dans les **Névroses** et **Névralgies rebelles,** le **Surmenage** dû aux **fatigues**, aux **veilles,** aux **excès,** l'**Anémie cérébrale,** l'**Abattement,** l'**Hypocondrie.**

La **BIOPHORINE** est un ***ACCUMULATEUR D'ENERGIE*** qui convient à notre vie à la vapeur. Les cœurs mous, les émotifs, les affaiblis de tous ordres trouvent dans son emploi la **stimulation spécifique** qui leur fait défaut.

3 à 6 cuillerées à café par jour, pure ou délayée dans de l'eau ou du vin.

PRIX EN FRANCE : 3 fr. 50 FRANCO.

A. GIRARD, 22 Rue de Condé, 22, **PARIS.**

DÉTAIL : 142, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, ET TOUTES PHARMACIES.

CHLOROFORME DUMOUTHIERS

Préparé spécialement pour l'*Anesthésie*, sa conservation dans le vide et en tubes jaunes scellés le met à l'abri de toute altération.

Dépôt : PHARMACIE BORNET, 19, Rue de Bourgogne, PARIS.

PHENOSALYL

Fabriqué par **P. TERCINET**
PHARMACIEN

53, Boulevard Saint-Martin, 53, PARIS

Approuvé par l'Académie de Médecine, dans sa séance du 20 Décembre 1892

Puissance antiseptique considérable (*Ann. de l'Inst. Pasteur, vol. IV*)
Toxicité très inférieure à celle de tout autre antiseptique.
(*Professeur* TARNIER : *L'asepsie en obstétrique. — Paris* 1895.)

L'emploi du **Phénosalyl** en **Otologie** et **Rhinologie** est recommandé par de nombreux Spécialistes, qui le considèrent comme le meilleur antiseptique dans le traitement des inflammations et suppurations de ces organes. Pour gargarismes, lavages, injections, etc., on l'emploie en solutions de 1/2 à 1 °/₀ dans de l'eau chaude. Les solutions se font instantanément.

Le **Phénosalyl** est d'un emploi très pratique dans le cabinet médical. Son odeur est agréable, il n'a aucun effet irritant sur la peau et les instruments n'y sont pas détériorés.

Flacons de 125, 250, 500 et 1.000 grammes au prix de **20 fr.** le kilo, suffisant pour 100 à 200 litres de solution.

Exiger le nom **TERCINET** sur les étiquettes.

V. — RECHERCHES HISTORIQUES

Blache. Son rôle en pathologie laryngée, par **C. Chauveau**..... 892

VI. — RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

I. Affection non décrite que nous proposons de nommer : fissure au pharynx, par **A. Maurice** (de Paris)..... 897

II. Symphyse palato-pharyngienne avec prothèse immédiate et permanente, par **C.-J. Kœnig** (de Paris)..... 898

VII. — VARIÉTÉ

La guérison d'un sourd-muet d'après Dickens, par **M. Menier** (de Figeac)..... 902

REVUES ET COMPTES RENDUS

I. — SOCIÉTÉS SAVANTES

I. — **Premier Congrès russe d'oto-laryngologie**, 27-29 décembre 1908. — Président : prof. N. Volkovitch. — Compte rendu par Michel de Kervily, de Paris. — 1re séance, 27 décembre 1908, soir (905). — Au sujet de la séméiologie des affections du labyrinthe. Nouvelle fonction du labyrinthe, par C. von Stein (905). — Au sujet des injections de paraffine, par S. Bourack (905). — La laryngostomie dans des cas de périchondrite du larynx, par A. Ivanoff (906). — Traitement de l'ozène par des injections de paraffine, par L. Svergevsky (906).

2e séance, 28 décembre 1909, matin (906). — Situation anormale de l'oto-laryngologie en Russie, et mesures à prendre pour la régulariser, par le prof. V. Okuneff (906). — Sur l'organisation d'une Société oto-laryngologique de Russie, par L. Levine (906). — Sur les questions des Congrès oto-laryngologiques, par A. Ivanoff (907). — Maladies des oreilles chez les conscrits, par Jurgens (907).

3e séance, 28 décembre 1909, soir (907). — Rapports entre les affections du nez et celles de l'œil, par L. Svergevsky (907). — Indications de l'amygdalotomie et hémorragies consécutives, par A. Skrypt (908). — Traitement de la surdité chronique et des bruits subjectifs par les vibrations combinées avec le cornet métallique, par C. Préobragensky (908). — Rapports entre l'hypertrophie de l'amygdale pharyngienne et le développement de l'organisme chez les écoliers, par T. Gavriloff (909). — Influence de l'hypertrophie de l'amygdale pharyngienne sur les affections des oreilles, par T. Gavriloff (909).

II. — **Académie de médecine de New-York**. — Section de laryngologie et de rhinologie. — Président : Wolff Freudenthal. — Compte rendu par Breyre, de Liège. — Séance du 25 novembre 1908 (909). — Cancer du larynx ; laryngectomie après une observation pendant douze années, par Harmon Smith (909). — Mycosis, par J.-H. Abraham (912). — Étude sur les relations anatomiques du nerf optique avec les cavités accessoires du nez, par Hanan W. Loeb (912).

III. — **Société parisienne de laryngologie, d'otologie et de rhinologie.** — Séance du 10 mars 1909. — Président : Mounier. — Secrétaire général : Veillard (914). — Contribution à la septicémie d'origine auriculaire, par Luc (914). — Singuliers défauts de prononciation chez un enfant porteur de végétations adénoïdes, guéris par l'intervention, par Viollet (917). — Infections distantes chez les ozéneux, par A. Castex (918). — Broncho-œsophagoscope à éclairage terminal latéral mobile, isolé, par Munch (919). — Les indications de la bronchoscopie et de l'œsophagoscopie dans les paralysies laryngées, par Pierre Cauzard (919).

IV. — **Société royale de médecine de Londres.** — Section otologique. — Président : Peter Mac Bride. — Compte rendu par A. Raoult, de Nancy. — Séance du 5 décembre 1908 (920). — Thrombose du sinus latéral droit, caillot traversant le pressoir d'Hérophile et pénétrant dans le sinus latéral du côté opposé. Opération. Guérison, par H.-L. Whitehead (920). — Section de la veine jugulaire interne thrombosée, par A.-L. Whitehead (921). — Abcès cérébelleux secondaire à une labyrinthite infectieuse associée à un œdème aigu inflammatoire du cerveau. Opération. Guérison, par Sydney Scott (921). — Méningite infectieuse consécutive à une infection labyrinthique traitée avec succès par le drainage translabyrinthique et lombaire, par C. Ernest Welt et Sydney Scott (921). — Encéphalite purulente traitée par le drainage et l'ablation du tissu cérébral infecté, par Ernest West (922). — Tumeur du nerf auditif, par Maclead Yearsley

SALICOL DUSAULE

VIN GIRARD

de la Croix de Genève

Succédané de l'Huile de Foie de Morue, Reconstituant par Excellence

*Cette préparation agréable au goût, tolérée par les estomacs les plus délicats, **remplace avantageusement** l'huile de foie de morue, les solutions phosphatées, les vins de quinquina. Elle a reçu l'approbation des sommités médicales de France et de l'Etranger.*

MALADIES de POITRINE — ENGORGEMENTS GANGLIONNAIRES
DÉVIATIONS — RHUMATISMES — ALBUMINURIE — ASTHMES — CATARRHES
BRONCHITES CHRONIQUES — AFFECTIONS CARDIAQUES
ACCIDENTS TERTIAIRES — CONVALESCENCES et TOUTES AFFECTIONS
ayant pour cause la FAIBLESSE GÉNÉRALE et l'ANÉMIE.

Un flacon de **VIN GIRARD** *(1/2 litre environ) renferme les principes médicamenteux contenus dans 5 litres d'huile de foie de morue.*

Prix : 4 Francs.

A. GIRARD, 22, Rue de Condé — PARIS.

Détail : 142, Boulevard Saint-Germain, et toutes Pharmacies.

Affections de la Gorge et du Larynx

PASTILLES COCAÏNE HOUDÉ

Cocaïne simple
Cocaïne et Chlorate de Potasse
Cocaïne et Borate de Soude
Cocaïne Borochloratée
Cocaïne et Menthol

Lauréat de l'Académie de Médecine de Paris. Prix Orfila.
Lauréat et Membre correspondant de l'Académie de Médecine de Madrid.

Grâce à leur action anesthésique sur les muqueuses, les **Pastilles Houdé à la Cocaïne** sont très efficaces pour calmer et supprimer la douleur dans le traitement des **Maux de Gorge**, des **Amygdalites**, des **Enrouements**, des **Extinctions de voix**, des **Angines**. des **Laryngites** et des **Quintes de toux, Coqueluche**. — Elles font disparaître les **Irritations**, les **Picotements** et les **Chatouillements** de la gorge, tonifient les cordes vocales et se recommandent aux **Orateurs, Chanteurs et Professeurs.**

DOSE : En laisser fondre dans la bouche de 8 à 10 par jour.

DOSAGE : 3 milligrammes — **A. HOUDÉ, 29, Rue Albouy, PARIS** — Envoi d'Échantillons.

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

19, Rue Hautefeuille, PARIS

HISTOIRE DES MALADIES DU PHARYNX

par **C. CHAUVEAU**

Préface de R. du Castel, membre de l'Académie de médecine.

Tomes IV et V (dernier).

(923). — Seringue pour injection à la suite des cures radicales de l'oreille, par Urban Pritchard (923). — Anatomie chirurgicale de l'os temporal, par Arthur Cheatle (923). — Abcès temporo-sphénoïdal avec symptômes de manie ; ouverture à travers le tegmen tympani, lavages, drainage, traitement par l'iodoforme, par Adolph Bronner (923). — Affection du conduit auditif externe, par W. H. Kelson (923).

V. — **Société danoise d'oto-rhino-laryngologie.** — Président : prof. H. Mygind. — Secrétaire : Mahler. — Compte rendu par Jœrgen Mœller, de Copenhague. — Traduction par Menier, de Figeac. — Séance du 16 décembre 1908 (923). — Labyrinthites survenant au cours d'otites moyennes suppurées (923).

Séance du 16 janvier 1909. — Président : H. Mygind. — Secrétaire : L. Mahler. — La méningite otogène et spécialement son traitement opératoire, par Mygind (925).

VI. — **Société autrichienne d'otologie.** — Séance du 30 novembre 1908. — Président : Urbantschitsch. — Compte rendu par H. Barany. — Traduction par Menier, de Figeac (927). — Présentation de malades, par Biehl (927). — Présentation de malades, par Bondy (928). — Cas de cholestéatome de l'antre et de l'attique, par Barany (928). — Cas de processus chronique d'adhérences dans l'oreille gauche, par Barany (928).—Cas de suppuration labyrinthique latente, par Barany (928). — Fistule du canal semi-circulaire, par E. Urbantschitsch (928). — Cas de labyrinthite aiguë au cours d'une otite suppurée chronique. Opération suivie de paralysie faciale, par E. Urbantschitsch (928). — Présentation de malade, par Urbantschitsch (928).— Présentation de malade, par Alt (929).— Méthode d'ouverture du labyrinthe, par Frey et Hammerschlag (929).

VII. — **Académie de médecine de Toronto.** — Section d'ophtalmologie et d'oto-laryngologie. — Séance du 19 novembre 1908. — Traduction par Breyre, de Liège. — Président : D. J. Gibb Wishart (929). — Histoire d'un malade porteur d'hyperplasie nasale avec participation de toutes les parties, dos, cornets, cloison, par Geoffrey Boyd (929). — Hyperthermie et mort après l'amygdalotomie, par D. J. Gibb Wishart (929). — Femme de 30 ans porteuse d'une fistule frontale opératoire avec production de croûtes fétides dans le nez et déviation de la cloison, par Perry Smith (930). — Affection laryngée présentée pour diagnostic, par Perry Goldsmith (930). — Déviation prononcée de la cloison opérée et guérie, par Price Brown (931).

Séance du 17 décembre 1908. — Le traitement de la suppuration chronique de l'antre d'Highmore, par G.-R. Mac Donagh (931).

VIII. — **Société berlinoise d'otologie.** — Président : Lucæ. — Secrétaire des séances : Schwabach. — Compte rendu par A. Sonntag, de Berlin. — Traduction par Menier, de Figeac. — Séance du 4 décembre 1908 (932). — Présentation d'instrument, par Wagener (932). — Cysticercus racemosus de la base du crâne avec troubles auditifs, par Benda et Schwabach (932). — Tumeur du rocher : paralysies multiples des nerfs craniens, par Bielchowsky et Schwabach (932). — Cas de gomme de la mastoïde et syphilis du plancher nasal. Présentation de malade, par Brunck (933). — Luxation de l'enclume, par Beyer (933).

IX. — **Académie médico-chirurgicale espagnole.** — Section d'oto-rhino-laryngologie. — Séance du 7 décembre 1908. — Compte rendu par E. Botella, de Madrid. — Traduction par B. de Gorsse, de Luchon (934). — Echinocoque du sinus frontal, par Goyanez (934).

Séance du 14 décembre. — Évolution anormale d'une otite moyenne, par Rueda (935). — L'incision de Wilde en chirurgie auriculaire, par Irneste (936).

X. — **Réunion de la société laryngologique et otologique de Chicago.** — Séance du 8 décembre 1908. — Président : A.-H. Andrews. — Compte rendu par Shambaugh. — Traduction par Labouré, d'Amiens (937). — Un cas de corps étranger de l'œsophage retiré par œsophagoscopie, par Herman Stolte (937). — Cas d'une otite moyenne suppurée, par Boot (938). — Cas de calculs du nez, par Stanton Friedberg (941). — Préparation anatomique montrant une absence congénitale du sinus latéral, par G.-E. Shambaugh (942).

XI. — **Société d'oto-laryngologie de Munich.** — Séance du 11 janvier 1909. — Compte rendu par Léon Delmas, de Paris (943). — Sur l'obstruction de la fenêtre ronde et ses conséquences, par Herzog (943). — Sur un cas d'actinomycose parapharyngienne, par Hoffmann (944).

Séance du 15 janvier 1909. — Sur les rapports existant entre le nez et les tumeurs thyroïdiennes molles et les manifestations de la maladie de Basedow, par Hoffmann (944).

XII. — **Société royale de Médecine de Londres.** — Section de laryngologie. — Séance du 6 novembre 1908. — Président : Dundas-Grant. — Compte rendu par A.

SALICOL DUSAULE

SULFO-RHINOL du Dr FAYÈS

Baume nasal anti-bacillaire au Soufre naissant. Désinfectant, non toxique.

Une parcelle de ce Baume introduit dans les narines produit une inhalation constante de Vapeurs Sulfureuses analogues à celles des Eaux Thermales : Cauterets, Luchon, Enghien, etc.

SUPPRIME le **CORYZA**, l'**ÉTERNUEMENT** et la **TOUX**
GUÉRIT rapidement toutes les **MALADIES** de **NEZ, GORGE, LARYNX**
PRÉSERVE de la **CONTAGION** des Maladies des **VOIES RESPIRATOIRES**
Grippe, Angines, Bronchites, Pneumonie, **TUBERCULOSE**

Le Tube stérilisé : 1f50. — Phie Normale, 17, Rue Drouot et bonnes Phies - *Exiger la Marque* -
ou contre mandat adressé au Dépôt Gal : 55, Rue du Temple, PARIS.

Guérison rapide des
MALADIES de la **PEAU**
par la

SALBINE du Dr FAYÈS

Pommade au SOUFRE NAISSANT et OXYDE de ZINC

CALME les **DÉMANGEAISONS** et le **PRURIT**
SUPPRIME **ROUGEURS** du **VISAGE** **MASQUE** de **GROSSESSE**
GUÉRIT la **SÉBORRHÉE**, le **PITYRIASIS**
les **DARTRES**, l'**ECZÉMA** **Sec** ou **Humide**,
l'**ACNÉ**, l'**INTERTRIGO**, le **PSORIASIS**, etc.

Prix : 1.50 (*Exiger la Marque et le Tube d'Étain*)

Franco c. mandat adressé 55, Rue du Temple, Paris
au DÉPOT GÉNÉRAL du SULFO-RHINOL.
Se trouve à la Pharmacie Normale, 17, r. Drouot, Paris
et dans toutes les bonnes Pharmacies.

PASTILLES FAYÈS à la SULFOCAÏNE

Codéïne. Menthol et Aconit. - Pectorales et Antibacillaires

CALMENT immédiatement la **Toux** et les irritations de la **Gorge**
GUÉRISSENT rapidement **Rhumes, Bronchites, Angines**
Pharyngites, Laryngites, Enrouement, Oppression
PRÉSERVENT de la contagion de la **Grippe** et de la **Tuberculose**

Prix: 1.50 la boîte de 50 pastilles. (*Exiger la Marque*)
Franco c. mandat adressé 55, Rue du Temple, Paris au DÉPOT GÉNÉRAL du SULFO-RHINOL.
Se trouvent à la Pharmacie Normale, 17, r. Drouot, Paris, et dans toutes les bonnes Pharmacies

Raoult, de Nancy (944). — Épithélioma extrinsèque du larynx et de l'hypo-pharynx chez une femme de 41 ans, par Dundas-Grant (944). — Kyste thyro-lingual chez un enfant de 14 ans, par Dundas-Grant (945). — Épithélioma de la corde vocale gauche ; thyrotomie ; récidive ; extirpation de la moitié gauche du larynx ; guérison, par Félix Semon (945). — Cas pour diagnostic (?). Fibrome du cou et du larynx ou tumeur maligne du larynx avec hypertrophie des ganglions du cou, par Félix Semon (945). — Infiltration inter-aryténoïdienne et sous-glottique datant de 15 mois, avec gêne de la respiration ayant nécessité la trachéotomie, par Herbert Tilley (946). — Tumeur maligne du sinus maxillaire droit, envahissant la paroi externe du nez et la joue, par Charles A. Parker (946). — Lymphangite cervicale suppurée et épithélioma de l'épiglotte, par Peter H. Abercrombie (946). — Perforation du voile du palais consécutive à une violente attaque de scarlatine dans l'enfance, par Peter H. Abercrombie (947). — Vertige laryngé dans un cas de tabès précoce, par Saint-Clair Thomson (947). — Fracture étendue des parois des sinus frontaux, par J. Gay French (947). — Occlusion congénitale de l'orifice postérieur de la fosse nasale droite, par Harold Barwell (947). — Épithélioma primitif sur la paroi postérieure du pharynx et envahissant secondairement l'œsophage et le larynx, par William Hill (948). — Tuberculose du larynx, par Dan Mackenzie (948). — Épistaxis récidivant (épithélioma alvéolaire), par Stuart Low (948). — Rhinosclérome chez une femme, par W. Stuart Low (948). — Déviation de la cloison nasale produisant une occlusion complète de la fosse nasale droite, par G.-C. Cathcart (948). — Lupus érythémateux avec lésion de la muqueuse du palais et de la bouche, par H. Lambert Lack (948). — Néoplasme laryngé : coupes histologiques, par W. Jobson Horne (948). — Œdème angio-neurotique chez un homme âgé de 48 ans, par Charles A. Parker (949). — Ablation de la moitié du larynx pour un cancer volumineux de l'aryténoïde, par A. Evans (949). — Cas pour diagnostic, par G. Nixon Briggs (949).

XIII. — **Académie royale de médecine espagnole.** — Séance du 6 février 1909. — Compte rendu par E. Botella, de Madrid, — Traduction par B. de Gorse, de Luchon. (950). — Sifflet en roseau logé dans la bronche gauche et extrait par bronchoscopie, par Botella (950). — Séance du 20 février (952).

XIV. — **Société médicale de Marbourg.** — Séance du 16 décembre 1908. — Président : Tuczek. — Secrétaire : Sardemann. — Compte rendu par Léon Delmas, de Paris (955). — Traitement diététique du spasme laryngien, par A. Sittler (955). — Cardiospasme avec dilatation consécutive de l'œsophage, hémorragies œsophagiennes graves et double parotidite suppurée, par Brauer (956).

XV. — **Société italienne de Pédiatrie.** — Congrès de la section d'Emilia-Marche. — Séance du 13 décembre 1908. — Président : prof. C. Comba. — Secrétaire : Galvani. — Compte rendu par Léon Delmas, de Paris (956). — Rupture d'un ganglion bronchique caséeux dans les voies respiratoires ; trachéotomie ; guérison, par E. Dina (956).

Réunion de la section vénitienne. — Tenue à Padoue, le 7 février 1909. — Compte rendu par C. Lorenzi. — Traduction par Léon Delmas, de Paris (957). — Sur un cas de malformation de l'œsophage, par C. Lorenzi (957).

XVI. — **Société de médecine de Berlin.** — Séance du 9 décembre 1908. — Président : Senator. — Secrétaire : F. Krausse. — Compte rendu par Léon Delmas, de Paris (958). — Présentation d'un cas de fistules congénitales par persistance du canal branchial, avec malformation de l'oreille, par A. Hirschberg (958).

XVII. — **Société de chirurgie de Breslau.** — Séance du 14 décembre 1908. — Président : H. Küttner. — Vice-président : Partsch. — Secrétaire : Gottstein. — Trésorier : Goebel. — Compte rendu par Léon Delmas, de Paris (959). — Sur trois cas de carcinome de l'amygdale, de la langue et du plancher buccal, par M. Küttner (959). — Présentation de cas, par Küttner (960).

XVIII. — **Société des médecins allemands de Prague.** — Séance du 8 janvier 1909. — Compte rendu par Léon Delmas, de Paris (960). — Sur la phonasthénie des chanteurs, par Imhofer (960).

XIX. — **Société médicale de Hambourg.** — Séance du 1er décembre 1908. — Président : Kümmel. — Compte rendu par Léon Delmas, de Paris (961). — Affections des oreilles chez des ouvriers travaillant dans les caissons, par Thost (961).

XX. — **Société de médecine générale de Cologne.** — Séance du 2 novembre 1908. — Président : Strohe. — Secrétaire : Klein. — Compte rendu par Léon Delmas, de Paris (961). — Le traitement des troubles de la parole par les exercices méthodiques, par Hopmann (961).

SALICOL DUSAULE

PRODUITS ORGANIQUES DE F. VIGIER

Pharmacien de 1re classe

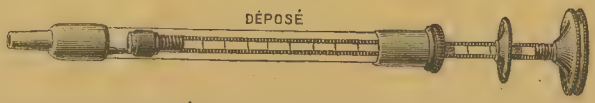
Lauréat des Hôpitaux de Paris et des Écoles de Pharmacie

12, BOULEVARD BONNE-NOUVELLE, **PARIS**

Capsules de CORPS THYROIDE à 0 gr. 10 centigr. Obésité, Myxœdème, Fibromes, Métrorrhagie, Arrêt de croissance Consolidation de Fractures, etc.	**Capsules OVARIQUES** à 0 gr. 20 centigr. Chlorose, Troubles de la Ménopause et de la Castration Aménorrhée, Dysménorrhée, etc.	**Capsules de THYMUS** à 0 gr. 30 centigr. Chlorose, Aménorrhée, Troubles de la croissance, Maladie de Basedow Pelade et pour le développement des Seins
Capsules SURRÉNALES à 0 gr. 25 centigr. Maladie d'Addisson, Diabète insipide Myocardite Scléroseuse Rachitisme	**Capsules ORCHITIQUES** à 0 gr. 20 centigr. Neurasthénie. Ataxie, Débilité sénile	**Capsules PANCRÉATIQUES** à 0 gr. 50 centigr. Contre le Diabète (calme la soif)
Capsules de PAROTIDE à 0 gr. 20 centigr. Contre affections ovariennes, le diabète et pour faciliter la digestion des féculents	**Capsules PROSTATIQUES** à 0 gr. 20 centigr. Contre les maladies de la prostate	**Capsules HÉPATIQUES** à 0 gr. 30 centigr. Contre la Cirrhose hépatique, l'ictère diabète, etc.
Capsules RÉNALES à 0 gr. 30 centigr. de Rein. Albuminurie, etc.	**Capsules SPLÉNIQUES** à 0 gr. 30 centigr. de Rate Anémie, Cachexie palustre	**Capsules GALACTOGÈNES** à 0 gr. 30 centigr. de Placenta pour activer la sécrétion du lait

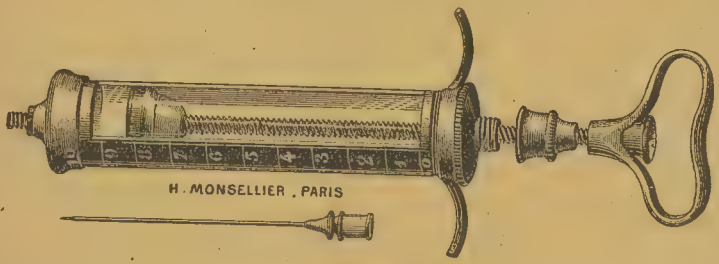
DOSE ORDINAIRE : *Ces diverses Capsules s'administrent à la dose de 2 à 6 par jour au moment des repas, selon l'ordonnance du médecin*

Grandeur naturelle



Seringue du Dr T. BARTHÉLEMY pour injection d'huile grise

PRIX NET : **10** FR. AU CORPS MÉDICAL



Seringue des Drs T. BARTHÉLEMY et LÉVY-BING pour injection d'huile iodée

MONSELLIER, *17, rue de l'Odéon, PARIS*

XXI. — **Société médicale de Leipzig.** — Séance du 10 novembre 1908. — Président : Curschmann. — Secrétaire : Dumas. — Compte rendu par Léon Delmas, de Paris (962). — Un cas de tuberculose du larynx ; guérison, par Viereck (962).

Séance du 8 décembre 1908. — Président : Curschmann. — Secrétaire : Riecke (962). — Fistule stomacale pour rétrécissement cicatriciel de l'œsophage, par Trendelenbourg (962). — Prothèse artificielle gastro-pharyngienne dans un cas de rétrécissement inopérable de l'œsophage, par Perthes (962). — Mélano-sarcome des fosses nasales, par Schumann (963). — Mélano-sarcome de l'oreille, par Schümann (963).

XXII. — **Société des sciences naturelles et médicales de Dresde.** — Séance du 7 novembre 1908. — Président : M. Schmorl. — Compte rendu par Léon Delmas, de Paris (964). — Un cas de sigmatisme nasal, par Th. Barth (964).

Séance du 28 novembre 1908 (964). — Un cas d'abcès du cerveau consécutif à un vieille suppuration sinusienne : guérison, par Just (964). — Trois cas de lupus traités par la photothérapie et les rayons X, par Werther (965). — Présentation de cas qui furent aggravés par un traitement charlatanesque, par M. Werther (965).

XXIII. — **Société de Pédiatrie de Munich.** — Séance du 15 janvier 1909. — Compte rendu par Léon Delmas, de Paris (966). — Sur une anomalie du conduit laryngo-trachéal, rare au point de vue anatomique et clinique (avec présentation de pièce), par Trumpp (966).

XXIV. — **Société des sciences naturelles et médicales de Heidelberg.** — Séance du 30 juin 1908. — Compte rendu par Léon Delmas, de Paris (966). — Malformation rare de l'oreille, par Kümmel (966).

Section de médecine. — Séance du 1er décembre 1908 (966). — Corps étrangers de la trachée et de l'œsophage chez de petits enfants, par Kümmel (966).

XXV. — **Société médicale de Francfort-sur-le-Mein.** — Compte rendu officiel. — Séance ordinaire du 5 octobre 1908. — Président Edinger. — Secrétaire Cahen-Brach. — Compte rendu par Léon Delmas, de Paris (967). — Corps étrangers dans le sinus maxillaire, par von Wilde (967). — Enveloppe d'un grain de blé extraite de l'oreille moyenne, par von Wilde (968).

Séance du 7 décembre 1908 (968). — Rupture traumatique du tympan, par M. J. Veis (968).

II. — BIBLIOGRAPHIE

I. — Complications des antrites frontales, par le prof. Gerber (compte rendu par C. Chauveau) 969
II. — Les maladies de l'oreille et leur traitement, par le prof. Hartmann (compte rendu par C. Chauveau) 976
III. — Physiologie de la voix et de la parole, par Hermann Gutzmann (compte rendu par Ad. Zünd-Burguet, de Paris) 979
IV. — Manuel de laryngologie, par G. Garbini (compte rendu par Massier, de Nice). 980
V. — Précis des maladies de l'oreille, du nez, du pharynx et du larynx, par Lannois (*fin*) (compte rendu par A. Perretière, de Lyon) 985
VI. — Maladies du nez, de la gorge et des oreilles. Médecine et chirurgie, par William Lincoln Ballenger (*suite*) (compte rendu par J.-E. Mathieu, de Challes). 988
VII. — Comptes rendus de la clinique oto-rhino-laryngologique de l'Université de Rome (*suite*) (compte rendu par C. Chauveau) 995
VIII. — Le labyrinthe, organe du sens mathématique de l'espace et du temps, par Cyon (*suite*) (compte rendu par C. Chauveau) 997
IX. — La chirurgie du cancer appuyée sur la « fulguration » ; ses principes, ses résultats. Statistique portant sur 40 cas de cancers graves, par Juge, de Marseille (compte rendu par Georges Laurens, de Paris) 1002
X. — La surdi-mutité considérée dans sa pathogénie et sa prophylaxie. Devoirs sociaux envers les anormaux, par Cozzolino (compte rendu par M. Menier, de Figeac) 1003

III. — REVUE DES THÈSES

I. — Du traitement de la sinusite frontale chronique, par Maurice Brémond (analyse par A. Grossard, de Paris) 1004
II. — Contribution à l'étude du traitement des sinusites maxillaires chroniques, par Alfred Juin (analyse par A. Grossard, de Paris) 1006

SALICOL DUSAULE

Librairie **J.-B. BAILLIÈRE**, *19, Rue Hautefeuille, PARIS*

COLLECTION C. CHAUVEAU

OUVRAGES PARUS :

L'Hygiène de l'oreille, par le professeur Haug, de Munich, traduction et annotations par C. Chauveau et M. Menier.

L'Hygiène du nez et du larynx, par le professeur H. Neumayer, de Munich, traduction et annotations par C. Chauveau et M. Menier.

Thérapeutique des maladies de l'oreille, par Hammerschlag, docent à l'Université de Vienne, traduction et annotations par C. Chauveau et M. Menier.

Origine naso-pharyngée de la tuberculose pulmonaire, par M. Boulay et F. Heckel, de Paris.

Sur la symptomatologie et le traitement de l'aphonie spasmodique et d'autres troubles phonateurs d'origine spasmodique, par H. Gutzmann, docent à l'Université de Berlin, traduction par M. Menier.

Les suppurations du labyrinthe consécutives aux lésions purulentes de l'oreille moyenne, par le professeur Gradenigo, de Turin, traduction par M. Menier.

De la paralysie du moteur oculaire externe au cours des otites, par J. Baratoux, de Paris.

Thérapeutique des maladies du larynx, par Heindl, de Vienne, traduction et annotations par C. Chauveau et M. Menier.

Diagnostic et traitement des tumeurs malignes primitives des sinus maxillaires, par L. Jacques, de Nancy, et H. Gaudier, de Lille.

Hystéro-traumatisme de l'oreille, par le prof. de Stella, de Gand.

Éducation et rééducation vocales d'après la physiologie expérimentale, par A. Zund Burguet et René Myrial, de Paris.

Rétrécissements laryngés consécutifs au tubage et à la trachéotomie, par Rabot, Sargnon et Barlatier, de Lyon. (*Les observations et les photographies publiées dans l'ouvrage n'ont pas paru dans les Archives.*) Ce volume se trouve à la librairie Maloine, 25, rue de l'École de Médecine, Paris.

Tumeurs primitives des sinus du nez, par Citelli, de Catane, et O. Belloti, de Milan, traduction par M. Menier.

Les formes cliniques de la maladie de Ménière, par le professeur Lannois et Chavanne, de Lyon.

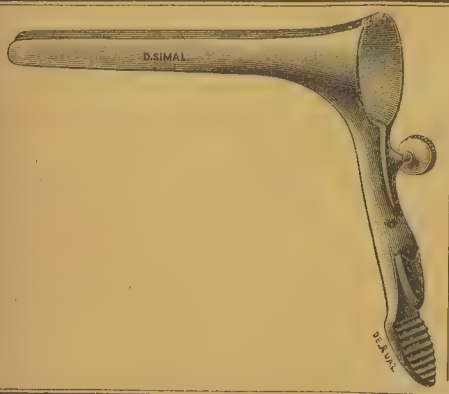
Les phlegmons du cou d'origine bucco-pharyngée, par J. Broeckaert, de Gand.

PARAITRONT INCESSAMMENT :

Lésions du labyrinthe non acoustique démontrées par des recherches cliniques et expérimentales, par Torretta, de Gênes.

La phonétique expérimentale considérée au point de vue médical, par le professeur Zwardemaker, d'Utrecht.

Essais sur la voix, par Thooris, de Paris.



SPÉCULUM
du
Dr **TEXIER** (DE NANTES)
Pour l'examen de la partie
moyenne
des fosses nasales

SIMAL, 5, rue Monge, PARIS

III. — Les théories pathogéniques de l'ozène, par Louis Daubigney (analyse par E. Hédon, de Montpellier)..... 1008
IV. — De l'ostéomyélite des os plats du crâne d'origine otique, par Abel (analyse par Molard, de Paris)..... 1009
V. — L'intervention immédiate et la technique opératoire dans les coups de feu de l'oreille, par Henri Solau (analyse par L. Delmas, de Paris)..... 1011
VI. — Nouvelles méthodes de traitement des tumeurs de l'espace naso-pharyngien, par Albert Schliebs (analyse par L. Delmas, de Paris)..... 1012
VII. — Sur l'actinomycose du larynx, par Adolf Natzler (analyse par L. Delmas, de Paris)..... 1014

IV. — NOTES DE LECTURES

I. — Au sujet du lupus des voies aériennes supérieures avec considération spéciale des complications du côté de l'organe de l'ouïe, par Prosper Levy (analyse par C.-J. Kœnig, de Paris)..... 1017
II. — Etudes cliniques sur la chirurgie de la méningite otogène, par Alexander (analyse par Hédon, de Montpellier)..... 1022

V. — ANALYSES

I. — *Oreilles.* — Au sujet d'un canal perforant artériel dans l'écaille du temporal de l'homme, par G. Cutore (1028). — Adéno-phlegmons parotidiens fistulisés dans l'oreille, par Broca (1028). — Volumineux anévrisme cirsoïde du pavillon de l'oreille, par Serafini (1029). — Épithélioma du conduit auditif, par Piétri (1029). — Rétrécissement de la trompe d'Eustache et ses conséquences désastreuses dues à l'adhérence dans la fossette de Rosenmöller, par Sohier-Bryant (1029). — Deux cas de paralysie du moteur oculaire externe au cours d'une otite moyenne, par Blanc (1029). — Balle de Schrapnell dans l'oreille. Hémorragie du sinus latéral pendant l'opération. Guérison, par V. Sokoloff (1030). — Contribution à la pathogénèse de l'otite moyenne tuberculeuse, par Bondy (1030). — Sur la présence de corpuscules noirâtres dans le pus des otorrhées chronique, traitées par la photothérapie, par I. Dionisio (1030). — Infection de l'oreille pendant 20 ans par un noyau de cerise, par Enslemont (1031). — Le traitement non opératoire de l'otite moyenne suppurée, par E. Prince Fowler (1031). — A propos du traitement de la suppuration de l'oreille moyenne, par Klotz (1031). — Une étude statistique sur la scarlatine de l'organe de l'ouïe, par F.-R. Nager (1031). — Sur l'otide causée par la scarlatine et la méthode de la guérir, par Nager (1033). — Contribution à la connaissance de l'affection scarlatineuse de l'apophyse mastoïde et des cavités accessoires du nez, par T. Rüedi (1034). — Un cas de méningite d'origine otique; opération; guérison, par P. D. Kenison (1036). — Sur le traitement opératoire de la méningite purulente causée par l'inflammation du labyrinthe, par le prof. Wittmaak (1037). — L'incision de Wilde, par Meren (1037). — La localisation ordinaire et la localisation non commune de l'abcès cérébral otogène, illustrées par deux cas, avec guérison, par Sachs et Berg (1037). — Manifestations cliniques et anatomiques de l'abcès cérébral otogène, par Wiener (1038). — Contribution à la pathologie et à la thérapie de l'abcès cérébral otique, par F. Alt (1039). — Un cas d'abcès cérébral otogène opéré il y a 13 ans, par Graham Bucon (1040). — Le traitement de l'abcès cérébelleux otogène avec remarques sur trois cas traités avec succès, par Paterson (1040). — Opération radicale sur l'apophyse mastoïdes opération pour déviations de la cloison du nez et ablation des osselets de l'ouïe, par F. Tsytovitch (1041). — Sur trois cas d'abcès sous-aponévrotiques latéro-cervicaux d'origine otogène, par Bianco (1041). — Un cas d'atrophie de l'organe de Corti par suite d'hémorragie interstitielle dans le labyrinthe et dans le nerf acoustique, par Tsitovitch (1041). — Un cas de vertige avec bourdonnements; destruction du labyrinthe. Guérison, par Macleod Yearsley (1041). — La théorie de « la corde de piano » de la membrane basilaire, par Sohier Bryant (1042). — Vertige auriculaire et syndrome de Ménière, par W. Wells (1042). — Les méthodes modernes d'examen de l'appareil vestibulaire et leur signification pratique, par Barany (1042). — Affections de l'oreille et leurs rapports avec les troubles mentaux, par Sohier Bryant (1043). — Quelques cas intéressants de néoplasmes de l'oreille interne, par Citelli (1043).

II. — *Nez et sinus.* — La morphologie des cornets, par Ingersoll (1043). — Ostéome du frontal, par Moure (1044). — Sur le traitement des déformations du nez par les injections de paraffine, par A. Zlatovéroff (1044). — Céphalée par mort du cornet moyen, par J.-A. Thompson (1044). — Sur l'induration non tuberculeuse de la pointe pulmonaire droite causée par la respiration nasale empêchée, par Hoffmann (1405). — Quelques névroses réflexes guéries par le traitement d'affections nasales existantes, par Butler (1045). — Etude sur l'éternuement, par de Champeaux (1045). — Contribution au traitement du coryza aigu, par Löny (1045). — Les rhinites professionnelles, par Della Vedova (1046). — Contribution à la thérapie de la fièvre estivale, par A. Friedlander (1046). — Epistaxis chez un nouveau-né syphilitique, par Bauer (1046). — Un cas d'atrophie symétrique de la peau et du tissu conjonctif sous-cutané sur les côtés latéraux du

SALICOL DUSAULE



MAISON VERICK

M. STIASSNIE SUCCESSEUR

OPTICIEN

Officier de l'Instruction Publique, Chevalier du Mérite Agricole

MÉDAILLE D'OR

aux Expositions Universelles de PARIS, 1889-1900

FOURNISSEUR DE :

l'**Institut Pasteur**, de la **Faculté** des **Sciences**, de l'**École** des **Hautes Études**, de la **Faculté de Médecine**, de l'**Ecole** de **Pharmacie**, des **Ministères** du **Commerce**, de la **Guerre**, de la **Marine** et des **Colonies**, des **Hôpitaux Civils** et **Militaires**, des principales **Facultés Françaises** et **Etrangeres**, etc., etc.

Microscopes et Appareils accessoires pour les études micrographiques

LE CATALOGUE ILLUSTRÉ EST ENVOYÉ FRANCO SUR DEMANDE

204, Boulevard Raspail, 204, PARIS

TÉLÉPHONE : **705-79**

Coryza, Otites, Pharyngites, Bronchites, Grippes, Ozène, etc.

L'ANTIRHINITE

Pommade Antiseptique — Décongestive — Analgésique

Chl. Cocaïne — Chl. Adrénaline — Menthol, etc.

L. DUBUET, *pharmacien de 1re classe*, **96, rue Lafayette, PARIS**

GROS, PIOT et LEMOINE, 28 rue Sainte-Croix-de-la-Bretonnerie, **PARIS**

CHIRURGIE

Accouchements

HYGIÈNE GÉNÉRALE

GLYCOFORME BOUTRY

PHARMACIE BOUTRY

1, rue d'Odessa, PARIS

ANTISEPTIQUE

à base de formol

ÉCHANTILLON SUR DEMANDE

MENTHOSINE VINCENT

Dragées à base de miel, Menthol,

Erysimum, Benzoate de soude, Codéine, Cocaïne, Aconit

LARYNGITES — TOUX — ENROUEMENT — GRIPPE

DÉPÔT GÉNÉRAL : *12, rue du Pont-Neuf et toutes Pharmacies.*

nez dans l'ozène, par le prof. V. Okouneff (1047). — La réaction de Wassermann dans l'ozène, par Eugen Eisenleor (1047). — Causes nasales et traitement des maladies des organes lacrymaux et de la conjonctive, par A. Meyer (1047). — Traitement des tumeurs tuberculeuses et des ulcérations de la cloison nasale, par Beese (1048). — Causes et traitement des hémorragies nasales, par Voorhees (1049). — Un cas de cysto-sarcome du nez, par N. Pétroff (1049). — Le rhinosclérome dans l'Amérique du Nord, par mile Mager (1049). — Hémorragie nasale post-opératoire, par E. Pynchon (1050). — Contribution à l'étude des empyèmes du sinus maxillaire d'origine dentaire chez les enfants, par Wendling (1051). — Les nouvelles méthodes de traitement des empyèmes chroniques du sinus maxillaire, par Cohn (1051). — Trépanation et curetage du sinus maxillaire par voie nasale, par Mahu (1051). — Sinusite frontale, méningo-encéphalite, mort, par Ramon (1052). — Sinusite frontale, par Dupond (1052). — Méningite séreuse compliquant les sinusites frontales suppurés chroniques, par Otto Piffl (1052). — Un serre-nœud nasal, par Glegg (1053).

III. — *Larynx.* — Laryngite professionnelle, par Barth (1053). — Participation du larynx aux processus actinomycosiques, par le prof. Körner (1053). — La symptomatologie de la tuberculose du larynx, par Fetterolf (1054). — Rapports entre la tuberculose du larynx et la grossesse, par E. Glas et E. Kraus (1054). — Réapparition des accidents laryngés au moment des accidents sériques chez les enfants atteints de croup, par Rocaz et P. Carles (1055). — Kystes, abcès et œdème de l'épiglotte, par Henry Iwain (1055). — Au sujet du cancer du larynx, par N. M. Volkovitch (1056). — Remarques sur la technique de l'ablation endolaryngée de polypes, par Müller (1056). — Au sujet de la laryngectomie, par V.-A. Oppel (1056). — Anévrisme de l'aorte thoracique demeuré latent malgré les recherches les plus minutieuses et dont l'unique manifestation symptomatique fut une paralysie récurrentielle gauche suivie secondairement d'une paralysie de la corde vocale droite, par Anglada (1057).

IV. — *Pharynx.* — Au sujet de l'obturation des pertes de substance du palais, par V. Issaïeff (1058). — Un cas de pemphigus foliacé du pharynx et du larynx chez un homme de 53 ans, par Herzfeld (1058). — Amygdalite lacunaire caséeuse ou amygdalite cryptique, par Georges Laurens (1058). — Abcès péri-amygdaliens et intra-amygdaliens, par Certain (1060). — Quelques types de pneumonie associée à l'inflammation des tumeurs adénoïdes, par Bero (1061). — Corps étrangers du pharynx ; extraction avec utilisation de la position de Rose, par Sargnon et Arnaud (1061). — Polype naso-pharyngé, par L. Sune y Medan (1061). — Sur les méthodes opératoires employées pour l'ablation des fibromes naso-pharyngiens, par R. Rister (1062). — Trois cas de sportrichose dermo-hypodermique dont un avec lésions du pharynx et du tibia, par G. Thibierge et P. Gatimel (1062).

V. — *Bouche.* — Un cas de cheiloplastie par la méthode de Stein, par Hald (1062). — Les névralgies dentaires et particulièrement l'otalgie dentaire, par F. Muller (1063). — Quelques cas intéressants d'affections des alvéoles dentaires, par Haskin (1064). — Mal perforant buccal d'origine tabétique, par Brindel (1064). — Trois cas de névralgie du trijumeau guéris par la galvanisation par voie buccale, par V. Visek (1064). — Les glandes salivaires chez les animaux enragés, par V. Podvysotsky (1065). — Deux mots sur le traitement de l'anthrax bénin surtout de la face, par G. d'Ajutolo (1605). — Actinomycose de la joue, par Moure et Pietri (1065).

VI. — *Orthophonie.* — Sur la phonasthénie chez les chanteurs, par Imhofer (1066). — Un cas de voix de basse chez une jeune fille, par M. Scheier (1066).

VII. — *Audition, surdi-mutité.* — Phonation et audition. A propos de la sirène à voyelles, par Marichelle (1067). — Traitement de la surdité catarrhale, par Jeroey (1067). — Sarah Fuller et Helen Keller, par A. Legrand (1067). — La lampe électrique et le cinématographe dans l'enseignement des sourds-muets, par E. Rodziszewski (1068).

VIII. — *Trachée, corps thyroïde, œsophage.* — A propos de dix cas de corps étrangers de la trachée, par T. Krasnobaeff (1068). — Abcès prétrachéal dans un cas de scarlatine, par Giosseffi (1069). — Sur l'emploi de la trachéo-bronchoscopie dans les cas de goitre, par Tsitovitch (1869). — Observation sur les glandes thyroïde et parathyroïde, par Tuholake (1069). — Les kystes mucoïdes de l'espace thyro-hyoïdien, par Broeckaert (1069). — Du rôle des anévrismes aortiques dans l'étiologie des spasmes et des sténoses à forme grave de l'œsophage, par Guisez (1070). — Sur les corps étrangers dans l'œsophage, par Ach. Munique (1070). — Corps étrangers de l'estomac et de l'œsophage, par Denhaus (1070). — Sur une simplification dans la technique de l'œsophagoscopie, par P. Revidsoff (1071).

IX. — *Thérapeutique générale.* — De l'emploi de la morphine en thérapeutique infantile, par Lesage et Cléret (1071). — Un nouveau médicament contre la coqueluche, par V. Kaupe (1071). — La thiosinamine en otologie, par A. Martin et Pont de Boter (1071). — Un ouvre-bouche automatique, par Plien (1072). — Sur le traitement de la diphtérie d'après les expériences faites pendant les années 1900-1904 dans l'hôpital Augusta à Cologne, par Berlin (1073). — L'influence de l'adrénaline comme cause d'artério-sclérose, par Hopkins (1073).

SALICOL DUSAULE

« LE STÉRÉSOL » (NOM DÉPOSÉ)

VERNIS ANTISEPTIQUE ADHÉRENT AUX MUQUEUSES ET A LA PEAU, est employé avec succès dans beaucoup de maladies de la **gorge**, de la **bouche** et du **nez**, ainsi que pour le traitement des brûlures, des engelures, de l'**eczéma**, etc.

Se trouve chez **G. DARRAGON**, pharmacien à **GRENOBLE**, acquéreur du titre et des formules du **STÉRÉSOL BERLIOZ** ; chez SIMON et MERVEAU, 21, rue Michel-le-Comte à Paris, et dans les principales pharmacies.



Pulvérisateur Vaast

POUR

LA PULVÉRISATION

DES

Huiles médicamenteuses

PRESCRITES

Dans les Affections des Voies respiratoires

Prix : 6, 50

22, Rue de l'Odéon, Paris.

L'Asepsie Absolue

ne peut être garantie que par le

BOUCHAGE dans l'AUTOCLAVE fermé

employé seulement par le

LABORATOIRE GÉNÉRAL DE STÉRILISATION

par les Procédés brevetés S. G. D. G. de Robert, Lescure et Carrière

ROBERT & CARRIÈRE

37, Rue de Bourgogne, **PARIS**, Usine à Bourg-la-Reine

PANSEMENTS COMPOSÉS POUR :

Mastoïdites :

3 Compresses toile moyenne
20 Boulettes noix ;
30 Compresses non cousues 15 × 15 ;
10 Mèches gaze fine 2 cm. × 16 cm. ;
50 gr. Coton hydrophile ;
50 gr. Coton ordinaire ;
1 Bande gaze 10 cm. × 5 cm.
2 Epingles de sûreté.

Sinusite.

3 Compresses toile moyenne
20 Boulettes noix ;
30 Torsades doubles de 15 cm
4 Bourdonnets de gaze ;
50 gr. Coton hydrophile
50 gr. Coton ordinaire ;
1 Bande gaze 10 cm. × 5 cm
2 Épingles de sûrete.

Ampoules-Seringues auto-injectables.
Bromethyl mitigé ; pas d'odeur d'ail ; pas de contracture.
Eau oxygénée boriquée, non irritante.
Mèches de gaze déroulable. — Vaselines antiseptiques en tubes d'étain.

X. — *Varia.* — Essai de systématisation des lésions tuberculeuses de l'appareil respiratoire, par Jouty et Molle (1073). — Influence climatérique de la Riviera sur les voies respiratoires supérieures, par M. Mignon (1074). — Du refroidissement, par Chodounsky (1074). — De l'importance des voies respiratoires supérieures dans l'étiologie des infections cryptogénétiques et particulièrement de la pleurésie, par B. Wood (1075). — La colibacillose des organes respiratoires, par Hermann von Schrötter et Max Weinberger (1076). — Toux réflexe, par I. R. Bencley (1076). — Désinfection des cavités du corps par injections d'émulsions de bactéries vivantes non pathogènes, par North (1076). — Présentation de pièce, par Piétri (1077). — Leçon inaugurale, par Otto Piffl (1077).

NOUVELLES 1078

NÉCROLOGIE 1078

INFORMATIONS 1078

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

19, *Rue Hautefeuille, PARIS*

Vient de paraître :

LES MAITRES DE L'ÉCOLE DE PARIS

DANS

LA PÉRIODE PRÉ-SPÉCIALISTIQUE

des maladies du pharynx, du larynx et du nez

Par C. CHAUVEAU

PRÉFACE DE M. LE PROFESSEUR R. BLANCHARD

Membre de l'Académie de Médecine

Ancien Président-Fondateur de la Société française d'histoire de la Médecine

ENGHIEN-LES-BAINS

(Seine-&-Oise)

Eaux les plus sulfureuses de France

33 centimètres cubes d'Hydrogène sulfuré par litre

AFFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES

Rhumatismes, Peau — Expédition d'Eau.

Pour ÉVITER les CONTREFAÇONS du THIOCOL prescrire

Sirop Roche au Thiocol

Comprimés de Thiocol Roche

F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie, 7, Rue Ste Claude, PARIS (3e)

AVIS *Cette annonce détachée et envoyée à notre adresse sous pli cacheté et affranchie à* 15 cent. *servira de* BON POUR UN ECHANTILLON

SALICOL DUSAULE

Reconstituant général, Dépression du Système nerveux, Neurasthénie.

PHOSPHO-GLYCÉRATE DE CHAUX PUR

NEUROSINE PRUNIER

NEUROSINE-SIROP — NEUROSINE-GRANULÉE
NEUROSINE-CACHETS

Débilité générale, Anémie, Phosphaturie, Migraines.

DÉPOT GÉNÉRAL :
CHASSAING et Cie, Paris, 6, avenue Victoria

MALADIES DES VOIES RESPIRATOIRES - TUBERCULOSES

CAPSULES COGNET

EUCALYPTOL ABSOLU IODOFORMO-CRÉOSOTÉ

ANTISEPTIQUE PULMONAIRE INCOMPARABLE

A. COGNET, 43, Rue de Saintonge, PARIS, et TOUTES PHARMACIES

TUBERCULOSE — DIABÈTE
ANÉMIE — FIÈVRES PALUDÉENNES

ARRHENAL

CHIMIQUEMENT PUR
PRÉPARÉ PAR
ADRIAN

Gouttes contenant chacune...		2	millig.
Ampoules stérilisées....	à	50	—
Comprimés dosés.....	à	25	—
Granules —	à	1	centig.

CHLOROFORME

CHIMIQUEMENT PUR

préparé pour l'Anesthésie

En Ampoules de 30 et 60 grammes et

ADRIAN

En divisions dans toutes les Pharmacies.

SE TROUVE DANS TOUTES LES PHARMACIES

En FLACONS de 30 grammes fermés à la lampe.

BROMURE D'ETHYLE

ANALGÉSIQUE

ADRIAN

Préparé Spécialement pour PRATIQUER les ACCOUCHEMENTS sans DOULEUR

Vente en gros : 9 et 11, *Rue de la Perle, Paris.*

PRODUITS IODURÉS & BROMURÉS SOUFFRON

IODURE de POTASSIUM — CHIMIQUEMENT PUR

Solution Souffron à 1/15e, une cuillerée à potage contient 1 gr. KI
Sirop — à 1/20e, — — 1 gr. KI
Dragées — dosées à 0 gr. 25 centigr.

IODURE de SODIUM — CHIMIQUEMENT PUR

Solution Souffron à 0/15e, une cuillerée à potage contient 1 gr. NAI
Sirop — à 1/20e, — — 1 gr. NAI
Dragées — dosées à 0 gr. 25 centigr.

IODURE BI-IODURÉ — CHIMIQUEMENT PUR (KI+Hg. I²)

Solution bi-iodurée Souffron (KI + Hg. I²)
Une cuillerée à potage contient KI, 1 gr. + Hg. I², 1 centigr.
Dragées bi-iodurées Souffron.
Une dragée contient KI, 0 gr. 25 + Hg. I², 2 milligr. 1/2.

Notre solution bi-iodurée, *plus forte que les préparations similaires, ne porte pas sur l'étiquette les mots :* Mercure, Hydrargyre, Syphilis, etc., *elle évite toute suspicion.*

AMPOULES SOUFFRON bi-iodurées — *Huile ou Solution aqueuse*

Rigoureusement stérilisées, se trouvent par boîtes de 6 ampoules.
Ampoules faibles titrées à 4 milligr., les fortes à 0 gr. 01 centigr.

BROMURE de POTASSIUM ou de Sodium — CHIMIQUEMENT PUR

Solution Souffron 2/15es, une cuillerée à potage contient 2 gr. KBr
Sirop — 2/20es, — — 2 gr. KBr

TOLÉRANCE ASSURÉE — NI IODISME, NI BROMISME

Se trouvent chez les Spécialistes et toutes Pharmacies

PRIÈRE DE PRESCRIRE : **Solution, Sirop** ou **Dragées Souffron** à :

L'ARTHRITISME

et toutes ses manifestations

ANGINES HERPÉTIQUES

Rhumatismes, Goutte, Gravelle

Sont avantageusement combattus par l'usage des

SELS EFFERVESCENTS

DE

Lithine LE PERDRIEL

Les meilleurs dissolvants de l'Acide urique



Spécifiez et *Exigez* le nom LE PERDRIEL pour éviter la substitution de similaires inactifs, impurs ou mal dosés

LE PERDRIEL — PARIS et toutes pharmacies

FICHES BIBLIOGRAPHIQUES

Polysinusite et périantrite frontale compliquées (*Suite*).

Knapp. Mucocele und Empyema d. Ethmoidalzellen usw. *Zeitschrift für Ohrenh.*, 1894, XXV, vol. 34, H. p. 224, F. 7.

Kretschmann. Sepsis Verursacht durch usw. *Münch. med. Wochenschr.*, 1905, Nr. 8.

Panas. Cité par Cognard, Thèse de Lyon, 1902. *Arch. d'ophtalmologie*, vol. 15, 1895, p. 129.

Pannz. Uber d. rhinogenen Hirnabscele. *Frankels Arch. f. Laryngol.*, etc., 13 Bd., 1903, S. 427.

Pergens. Phlegmons de l'orbite; complications de l'influenza. *Ann. de l'oculistique*, vol. 114, 1895, p. 279, F. H.

Preysing. Neun Gehirnsabcess. im Gefolge von usw. linksseitig Frontallapenabscess. *Arch. f. Ohrenheilk.*, 1901, S. 294, LI.

Traitement chirurgico-médical de l'antrite frontale.

Bryant. Cité par Logan Turner. *The Edimburgh med. journ.*, Mars 1905.

Burghard. Cité par St-Cl. Thomson. *The Lancet*, août 12, 1905.

Capart fils. *Arch. intern. de laryngol.*, etc., 1906, t. XXII, I, p. 401.

Castex. *Arch. intern. de laryngol.*, etc., 1905, II, p. 1048.

Chavasse et Mahu. Cité par Molly. Thèse de Nancy, 1903.

Claoué. Soc. franç. d'otol., etc., 1906, 14 mai.

Durand. *Bull. et mém. de la Soc. franç. d'otol.*, etc., 1906, t. XXII, II, p. 396.

Heine. *Berl. univers. klinik Monatsschr. f. Ohrenh.*, XL, H. 8, 1906, S. 568.

Hinsberg. *Arch. of Ohrenh.*, Bd. 55, S. 131, 1902.

Jacque et Molly. Thèse de Molly, Nancy, 1903.

Kgl. Serafinen-lazarett. Stockolm, 1907. Ref. *Int. Centralbl. f. laryng.*, etc., 1908, Nr. 6, S. 311.

Lambert-Lack. Treatment of chron. Suppur. in the frontal sinus. *The Edimburgh med. journ.* Bd. 58, 1902; New, vol. XI, p. 544, F. I.

Lermoyez-Luc. D'après Schilling. *Zeitschrift für Ohrenheilk.*, Bd. XLVIII, 1904.

Luc. *Rev. hebdom. de laryngol.*, etc. (Extrait du Congrès français d'otol., etc., mai 1902.)

Mermod. *Arch. intern. de laryngol.*, etc., 1905, p. 1028, u. 48, II, t. XX, n° 4.

Oppikofer. *Arch. intern. de laryngol.*, etc., t. XXIV, n° 6, 1907, p. 813.

Ritter. *Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, Bd. XL, H. 8, 1906, p. 568.

Rudloff. *Arch. f. Ohrenh.*, 1899, XLVIII, p. 91.

Thiele-Noltenius. *Frankels Arch. für Laryng.*, Bd. XIV, 1903, p. 537, F. V.

Thomson (Saint-Clair). *Annales des malad. de l'oreille*, 1905, n° 11.

Tilley. Cité par Guisez. *Arch. f. Ohrenheilk.*, 1899, p. 88, XLVIII; *Annales* in 1902.

Tresp. Dissert. d. Kgl. univ. Augenklid. zu Geifswald, 1901, F. IV, p. 28.

Turner (Logan). *The Edimburgh med. journ.*, 1905, mars separat.

SULFO-RHINOL DU Dr FAYÈS

Pansements
Gargarisme
Injections
Inhalations
Affections cutanées

PHENOSALYL
TERCINET
Seul Antiseptique composé
approuvé par l'Académie de Médecine.

Résultats thérapeutiques remarquables et rapides.
NON TOXIQUE
SOLUBLE DANS L'EAU
Flacons de 125 et 250 gr.
Toutes Pharmacies

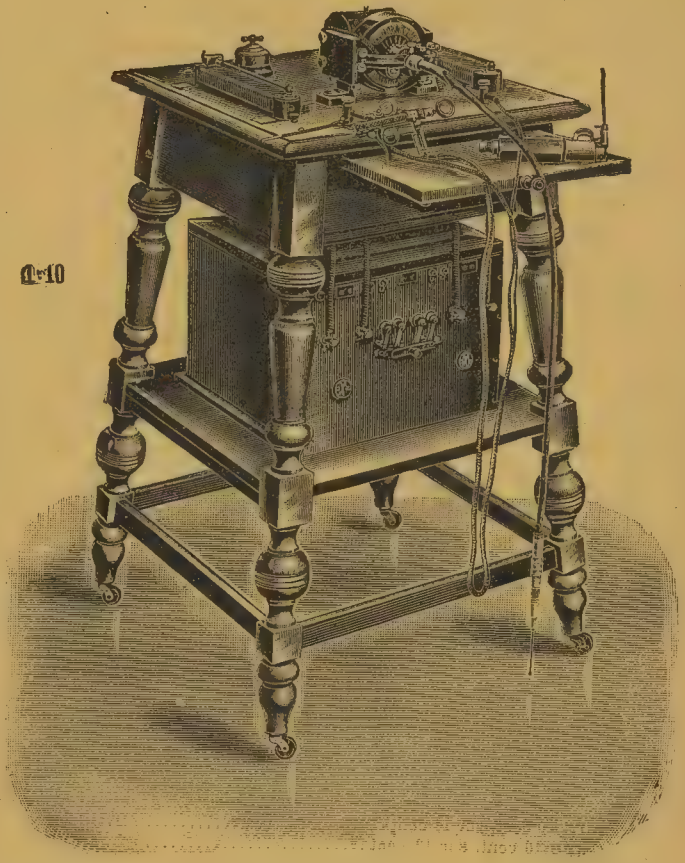
DOSE : Une Cuillerée à soupe pour un litre d'eau tiède.

Société pour la fabrication d'appareils électriques

HELLER, COUDRAY & Cie, 18, Cité Trévise, PARIS

Appareils de physique, de projection, etc., pour Laboratoires, Facultés, etc.
Catalogue spécial sur demande.

Appareils de chauffage électrique, Stérilisation et autres usages médicaux.
Catalogue spécial sur demande.



Appareil universel fonctionnant par accumulateurs, pour laryngologistes : donnant cautère, lumière, anses, massage de la gorge, opérations chirurgicales, trépanation, etc., etc.

Appareils d'Électricité Médicale et Industrielle. — **Spécialité de Moteurs et Accessoires pour Massage vibratoire** (courant continu et courant alternatif), **Tableaux de distribution pour toutes applications médicales, Transformateurs, Appareils pour la production des rayons X, Bains de lumière, Bains hydro-électriques haute fréquence, etc., etc.**

Envoi du Catalogue sur demande.

SULFO-RHINOL DU Dr FAYÈS

La méthode de Bier en oto-rhino-laryngologie.

BIER (A.). L'hyperémie et son action thérapeutique. Ouvrage traduit de la 4e édition allemande par Alfred Machard et Arnold Vallette, Genève, Georg et Co, éditeurs. Paris, Masson et Co, éditeurs, 1907.

BIER et KLAPP. Appareils pour la stase et l'aspiration dans le traitement des affections inflammatoires. Illustr. *Monatschr. f. arztl. Polytechn.* Berlin, 1905, vol. XXVII, n° 8, p. 116-118.

BÜRKNER et UFFENORDE. *Archiv. für Ohrenh.*, vol. LXXII, p. 50.

CLÉMENT (G.). L'hyperémie en thérapeutique (méthode de Bier). *Revue médicale de la Suisse Romande*, Genève, 1905, vol. XXV, p. 293-810.

DELAGENIÈRE (H.). Contribution à l'étude de la méthode de Bier ; mode d'action de la stase hyperémique et résultats thérapeutiques. *Archiv. méd. d'Angers*, 1906, p. 449-471 et *Journal de méd. et de chirurg. pratiques*, 1907, p. 209-236.

ESCHWEILER. Traitement des mastoïdites par la stase de Bier. *Arch. für Ohrenh.*, 1907, vol. LXXI, p. 85-110, fasc. 1 et 2.

FLEISCHMANN (L.). Traitement des otites moyennes suppurées par l'hyperémie de Bier. *Monatschrift für Ohrenh.*, 1906, vol. XL, p. 318-350, fasc. 5.

FRIDENBERG. Aspiration de la caisse après paracentèse, dans l'otite moyenne aiguë : sa valeur thérapeutique. *Med. Record.*, 3 mars 1906.

FRIDENBERG. *Revue hebdomadaire de laryngologie*, 1906, p. 446.

FROSE. Essai de traitement par l'hyperémie, dans les otites suppurées. *Arch. f. Ohrenh.*, 1907, vol. LNXI, p. 1-55.

FROSE. Traitement des mastoïdites aiguës par l'hyperémie de Bier. *Med. Klinik.* Berlin, 1907, vol. III, p. 799-802, n° 27.

GAUDIER. De la méthode Bier en oto-rhino-laryngologie. *La Presse oto-laryngologique belge*, n° 5, p. 193-204.

GAUDIER. Communication à la Société française d'oto-rhino-laryngologie, 12 mai 1908.

GUYOT (F.). Des indications de la méthode de Bier (aspiration) en oto-rhinologie Clinique. Bruxelles, 1907, vol. XX, p. 468-476.

GUYOT (F.). *Revue médicale de la Suisse Romande*, 1906, vol. XXVI, n° 5, p. 275-284.

Porte-Mouchoirs Aseptiques

DE

L. CASADESUS

183, Faubourg Poissonnière, 183, PARIS

Construit d'après les indications de M. le docteur **A. CALMETTE**, directeur de l'INSTITUT PASTEUR DE LILLE. Présenté à l'Académie de Médecine par M. le docteur **BROUARDEL** (14 octobre 1902).

Mouchoirs 20 cent. sur 14 cent..... **2.50** la grosse
Tire-langue 16 cent. sur 12 cent..... **2.25**

(Pris par 24 grosses)

Indispensables à tous les médecins spécialement aux Docteurs pour les maladies de la Gorge, du Larynx, du Nez et des Oreilles. — Ces mouchoirs et tire-langues ne peuvent servir qu'une fois.

BENZOCALYPTOL

(Benzoate de Gaïacol eucalyptolé et Pin d'Ecosse mentholé)

Maladies inflammatoires et infectieuses de la gorge, du larynx, du nez, des bronches

S'EMPLOIE

Inhalations 2 cuillerées à soupe dans un inhalateur à air. | En Pulvérisations 1 cuillerée à café par verre d'eau tiède.
Fumigations 2 cuillerées à café par verre d'eau chaude. | En Vaporisations 1 c. à soupe par verre d'eau bouillante

(Avec l'inhalateur d'air du Dr W. RICHARDSON)

Pharmacie Universelle, 213, Rue Saint-Honoré

GOUTTES LIVONIENNES
de TROUETTE-PERRET
(Créosote, Goudron & Tolu)
Le remède le plus puissant contre les
Affections des Voies Respiratoires
Quatre Capsules par jour aux repas.
TROUETTE, 15, rue des Immeubles-Industriels, PARIS.

POUDRE DE VIANDE
de TROUETTE-PERRET
La plus agréable à prendre
sans odeur ni saveur.
TROUETTE, 15, rue des Immeubles-Industriels, PARIS

KÉFIR CARRION
Dyspepsies, Tuberculose
0'35 c. la bouteille de 250 gr. livrée à domicile.

KÉFIROGÈNE CARRION
Pour préparer soi-même le **KÉFIR**
2 fr. les 10 doses.
54, Faubourg Saint-Honoré, PARIS.
TÉLÉPHONE 136-64.

ENGHIEN-LES-BAINS
(Seine-&-Oise)
Eaux les plus sulfureuses de France
33 centimètres cubes d'Hydrogène sulfuré par litre
AFFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES
Rhumatismes, Peau — Expédition d'Eau.

Laboratoire d'Analyses Médicales
A. GUILLAUMIN, **Pharmacien de 1re Classe**
Docteur de l'Université de Paris — Ex-interne des Hôpitaux
Analyses biologiques — Examens bactériologiques — Sérums physiologiques — Ampoules médicamenteuses — Pansements antiseptiques.
Comprimés d'oxycyanure d'hydrargyre Guillaumin dosés à 0 gr. 50
Pharmacie MELLET et GUILLAUMIN, 168, boulevard Saint-Germain, PARIS
Teléphone 821.25.

Antisepsie par l'oxygène naissant
OXYGÉNO-BORE "OBS"
aux superborates et peroxydes alcalins
Produit recommandé par son action microbicide énergique et inoffensive.
Maladies de la bouche, de la gorge, du nez, des oreilles, des voies génitales et uréthrales.
DÉPÔT GÉNÉRAL : *10, rue Victor-Hugo, Neuville-s.-Saône, et dans toutes les Pharmacies.*

HASSLAUER. Traitement des suppurations d'oreille par l'hyperémie. *Münch. med. Wochenschr.*, 1906, vol. LIII, n° 34, p. 1656-1659.

HAYMANN. Le traitement par la stase. *Revue générale*; *Internat. Centralbl. f. Ohrenh.*, Leipzig, 1906, vol. V, n° 3, p. 113-123.

HEINE. Traitement des otites moyennes aiguës suppurées par la stase de Bier. *Berlin. klin. Wochenschr.*, 1905, vol. XLII, n° 28, p. 880-883.

HEINE. *Zeitsch. f. Ohrenh.* Wiesbad., 1905, vol. I, p. 305-307.

HINSBERG. Rapport sur le travail de Keppler. *Zentralbl. f. Chirurgie*, 1906, n° 50.

HUMBLÉ (L.). Traitement de Bier dans les affections du nez et de l'oreille. *Annales de médecine physique d'Anvers*, 1907, vol. V, p. 5-12.

ISEMER (F.). Essai de stase de Bier comme traitement de l'otite moyenne. *Archiv. f. Ohrenh.*, 1906, vol. LXIX, p. 131-148 et 1908, vol. LXXV, p. 95-117.

KLAPP. Traitement des affections inflammatoires par les appareils d'aspiration. *Münch. med. Wochenschr.*, 1905, n° 16.

KEPPLER (W.). Traitement des otites suppurées par la stase. *Zeitschrift. f. Ohrenh.*, Wiesb. 1905, vol. L, p. 223-260.

KEPPLER (W.). Traitement des affections inflammatoires de la tête et du visage par la stase. *Münch. med. Wochenschr.*, 1905, n°s 45, 46 et 47.

KEPPLER (W.). *Arch. f. Ohrenh.*, 1906.

KOPETZKY (S.-J.). Otites purulentes aiguës et mastoïdites traitées par l'hyperémie de Bier. *Arch. otol.*, N.-Y., vol. XXV, p. 323-339.

KOPETZKY. *N.-York. M. J.* (etc.), 1906, vol. LXXXIII, p. 1232-1237.

KÖRNER (O.). Manuel des affections de l'oreille et des parties voisines. Wiesb., 1906.

LERMOYEZ (M.) et BOULAY (M.). Thérapeutique des maladies de l'oreille, 1901.

LERMOYEZ (M.). *Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, 1908, n° 7.

LEUTERT. La stase de Bier en otologie. *Deutsch. med. Wochenschr.*, 1907, n° 31.

LEUWER (C.). Traitement des otites moyennes aiguës suppurées par l'aspiration. *Mediz. Klinik*, 1907, n° 41, p. 1230-1232.

MEUWER (C.). Un nouvel appareil aspirateur. *Deutsch. med. Wochenschr.*, 1907, n° 25, p. 1006.

MUCK (O.). Un cas de tuberculose bilatérale de l'oreille moyenne guéri par l'hyperémie au moyen de l'aspiration. *Zeitschrift f. Ohrenh.*, 1907, vol. LIII, fasc. 2 et 3, p. 132-138.

MUCK (O.). Traitement des otites moyennes aiguës suppurées, avec perforation en cul-de-poule par l'aspiration. *Zeitsch. für Ohrenh.*, 1908, vol. LVI. fasc. 1, p. 21-24.

MUCK (O.). Résultats de la stase obtenue par l'aspiration dans les suppurations de la caisse du tympan. *Münch. med. Wochenschr.*, 1907, n° 9, p. 413-415.

PREOBRASHENSKY (S.-S.). Le traitement des suppurations d'oreille par l'aspiration. *Monatschrift für Ohrenh.*, 1907, vol. XLI, fasc. 7, p. 402-406.

ROMME (A.). Otites rhinites et ventouses de Bier. *Presse médicale*, 1907, n° 24, p. 188.

SCHMIEDEN. Un nouvel appareil pour l'hyperémie de la tête. *Münch med. Wochensch.*, 1906, n° 31.

SCHMIEDEN. Instruction pour le traitement par l'hyperémie. Traduit par Mme Fortoul. Vigot frères, éditeurs, 1907.

SCHOLZ (F.). L'hyperémie comme méthode de traitement des affections d'oreille. *Deutsche mil ärztl. Zschr.*, Berlin, 1907, vol. XXXVI, p. 415-425.

SULFO-RHINOL DU Dr FAYÈS

PURGYL
AGIT sans COLIQUES
LE MIEUX TOLÉRÉ par les ENFANTS
Phie KŒHLY, 160, Rue St-Maur, PARIS
Echantillons aux Médecins
PURGO-LAXATIF DOUX

Schultze. De la méthode de Bier. *Progrès médical*, 1907, n° 51, p. 890-892.

Schultze. Traitement des inflammations et des suppurations aiguës par la ventouse. *Progrès médical*, 1908, n° 2, p. 16-18.

Schwartze. Expériences cliniques sur l'hyperémie comme traitement de l'otite moyenne aiguë (Société médicale de Halle). *Münch. med. Wochenschr.*, 1906, n° 34.

Sondermann (R.). Traitement des affections d'oreille par l'aspiration. *Archiv für Ohrenh.*, 1904, vol. LXIV, p. 15-21.



Spira (R.). Traitement conservateur des otites moyennes aiguës par la méthode de Bier, Klapp. *Wiener. Med. Presse*, 1907, n° 10, p. 383.

Stenger. La stase de Bier dans les otites aiguës suppurées : un nouveau procédé opératoire pour les cas de mastoïdite aiguë. *Deutsche med. W.* Leipzig et Berlin, 1906, vol. XXXII, p. 214-219, n° 6.

Stimmel. Traitement de l'otite moyenne suppurée par la méthode de Bier. Société de médecine de Leipzig : séance des 18-24 janvier 1908.

Uffenorde. Rapport sur le traitement des affections de l'oreille et des voies aériennes supérieures par la stase et l'aspiration. *Münch. med. Wochensch.*, 1907, n° 9.

Vohsen (K.). Contribution au traitement des affections des oreilles et des voies aériennes supérieures par la stase et l'aspiration. *Münch. med. Wochenschr.*, 1907, vol. LIV, n° 9, p. 409-413.

Sarcome des fosses nasales.

Acerbi. Endothelioma delle fosse nasali in donna affetta da rinite caseosa. *Arch. ital. di Laringol.*, n° 3, 1896.

D'Aguanno. *Annales mal. oreil.*, 1893.

Alexander. *Arch. f. laryngol.*, Band. I.

Arslan. *Archiv. ital. di otol.*, fasc. I, 1895.

Ball. Soc. laryngol. Londres, séance 10 nov. 1897.

Bar (L.). Communic. Congrès. *British med. Assoc.*, août 1899; analysé in *Rev. hebdom. de Laryngol.*, 30 décemb. 1899.

Bar (L.). Remarque sur le diagnostic de l'empyème du sinus frontal et des tumeurs malignes des fosses nasales. *Rev. hebd. de Laryngol.*, 30 décembre 1899, t. II, p. 785.

Barett. *Intercol. med. journ. of Australia*, 20 mai 1897.

Barclay Baron. Sarcome du nez. Soc. laryngol. Londres, séances du 4 nov. 1898 et du 16 janv. 1899; analysées in *Annales mal. oreil.*, 1899, t. II, p. 603 et 1899, t. I, p. 190.

Bayer. De la transformation des polypes muqueux en tumeurs malignes. Communic. à la LIX[e] réunion des naturalistes et médecins allemands, Berlin, sept. 1900.

Beaussenat. Tumeurs sanguines et purulentes des fosses nasales. Thèse, Paris, 1864.

Bées (Léon). Société d'Ot.-rhin.-laryng., séance du 4 juin 1899; analysée in *Rev. heb. de Laryngol.*, 1899, t. II, p. 765.

Bégouin. *Journ. de méd. de Bordeaux*, juin 1897, n° 26. p. 327.

Bérard. *Arch. génér. méd.*, 1837, 2[e] série.

Bertemès. Polypes muqueux et épithélioma des fosses nasales. *Rev. hebdom. de Laryngol.*, 1900, t. II, p. 318.

Biehl. *Monatschr. f. Ohrenheilk.*, 1895, et *Rev. méd.* 1893, p. 56.

Bonain. Polypes muqueux et sarcomes des fosses nasales. *Rev. hebd. Laryngol.*, 15 juillet 1895.

Bond. Soc. laryngol. Londres, séances 13 mai, 11 nov. 1896; analysées in *Rev. hebd. Laryngol.*, 17 oct. 1896 et 1897, n° 10.

Bordenave. *Mémoires de l'Acad. de chirurgie*, 1768, t. V.

Bosworth. A treatise on disease of the nose and throat. New-York, 1889, t. I, p. 445.

Bourgeois (Paul). Les tumeurs malignes primitives des fosses nasales. Thèse, Paris, 1902.

SUL. D-RHINOL DU D[r] FAYÈS

SIPHILITHÉRAPIE

Produits DURET, 19, Boulevard Malesherbes, PARIS

Communication à la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie de Paris. Années 1906, 1907, 1908.

Injections mercurielles solubles et insolubles, indolores au Gaïacoloïd.

Pratique Rhino-Laryngologique, Oculistique et Chirurgicale

SOLUTION D'ADRÉNALINE DE MIALHE

Principe actif des glandes surrénales

Titrée au 1/1000

Expérimentée avec succès dans les Laboratoires de la Faculté de Médecine

Le flacon . . . . . 5 fr.

Ampoules de 1 miligramme par centimètre cube . . 5 fr.

Pharmacie MIALHE, PETIT et ALBOUI

8, Rue Favart, 8, PARIS

Remise d'usage aux Médecins

BAIN DE PENNÈS

Hygiénique, Reconstituant, Stimulant

Remplace ***Bains alcalins, ferrugineux, sulfureux***, surtout les ***Bains de mer***.

Exiger Marque de Fabrique.— PHARMACIES, BAINS

PAPAÏNE TROUETTE-PERRET

(Le plus puissant digestif connu)

Un verre à liqueur d'ELIXIR, SIROP ou VIN de *Papaïne de Trouette-Perret* après chaque repas.

E. TROUETTE, 15, rue des Immeubles-Industriels, PARIS

PHARMACIE OSWALD GIRARD

HYGIÈNE DE LA BOUCHE ET DES FOSSES NASALES

LE

"STOMATOL"

(DÉPOSÉ)

(Lavages, Gargarismes — ANTISEPTIQUES)

BROMURE D'ÉTHYLE ANESTHÉSIQUE Effet rapide, sans contractures ni nausées

CHLOROFORME ANESTHÉSIQUE et tous produits antiseptiques

"ARGYROL"

Antiseptique

(A.-C. BARNES AND E. HILLE)

Place Saint-Germain-des-Prés, PARIS

SULFO-RHINOL DU Dr FAYÈS

BOYLAND. *New-York med. Journ.*, 11 juillet 1896.

BRISTOW (A. T.). Sarcoma of the nasal mucus membrane : history ; slides. *Brooklyn. med. Journ.*, oct. 1900.

BRAUN. Ueber das Endotheliome der Haut. *Archiv. v. klinik. Chir.* Band. 43, 1892.

BRŒCKAERT. *Revue hebd. Laryngol.* 1901, n° 24, p. 689. Lymphangiosarcome développé dans un polype de la muqueuse nasale.

BRYANT. On some disease of the nose. *The Lancet*, 1867. *Bulletin Soc. Chirurgie*, années 1862, 1874, 1875 et 1876.

CALMETTES et CHATELLIER. *Annal. mal. oreil.*, mars 1887.

CARNOT et MARIE. Sarcome angioplastique. Soc. anatom., 1898.

DE CASABIANCA. Thèse, Paris, 1876.

CASTEX. Tumeur du nez, in *Traité de chirurgie*, Delbet et Le Dentu, t. V.

CHAVANNAZ. Soc. chirurgie, séance 12 juillet 1899.

CLARK (H.). *Med. record*, 27 janvier 1894.

COHN. Des sarcomes de la cloison nasale. Thèse, Königsberg, 1896.

COOMES. *Americ. pract. and news*, 1er juin 1901.

CORNIL et RANVIER. Histologie pathologique, 3e édit., 1901, t. I.

COMPAIRED. Sarcome intranasal. *Annales mal. Oreil.*, 1899, t. I, p. 348.

COZZOLINO (Vincenzo) Un cazo di sarcoma à cellule polimorfe. *Archiv. ital. di Otol.*, vol. I, fasc. VII, juill. 1893.

COZZOLINO (V.). Instrument. et technique chirurgicale. *Annales mal. oreil.*, 1891, p. 761.

COZZOLINO (V.). Melanosarkom der Nasenschleimhaut mit Untersuchungen über die Entstehung des melanotischen Pigments. *Archiv. f. Laryngologie und Rhinologie.* Band. XV, fasc. I, p. 77, 1903.

CRAIG (Herbert). *Montréal med. Journ.*, juin 1901.

DELAUX (Edouard). Contribution à l'étude des sarcomes des fosses nasales. Thèse, Paris, 1883.

DELIE. Sarcome endothélial ou angiosarcome du cornet moyen. *Revue hebdom. Laryngol.* 10 déc. 1898, p. 1479.

DIAKONOW. Otchot. o Dieyatelnosi. Moscou, 1901, p. 46.

DIEFFENBACH et FAYRRER. *Med. times and gazette*, 1868.

DUPONT. Du myosarcome des fosses nasales. Thèse, Lyon, 1875.

DURANTE. *Archiv. de Laryngol. et Rhinol.*, 1890, t. III, p. 150.

DUYSE (Van). Contrib. à l'étude des endothéliomes de l'orbite. *Bulletin de l'Acad. royale de médec. de Belgique*, 1895, t. IX.

DUYSE (Van). Endo- (peri)thélioma tubuleux de l'antre d'Highmore. *Annales de la Soc. médic. de Gand*, décembre 1904.

DUYSE (Van). Un cas d'endothéliome (périthéliome) de l'orbite. *Annales soc. médic. de Gand*, nov. 1896.

EILER. Sarcome de la cloison nasale. *Inaugural Dissertation.* Thèse, Würzburg, 1899.

FICANO. *Bollet. delle malatt. dell'orechio*, 1895, analysé in *Revue hebdom. Laryngol.*, 1896, t. I, p. 410.

FICANO. *Gazetta degli opistali*, 1888.

FLEMMING. *Journal de Dublin*, 1833, t. IV.

FOLLIN et DUPLAY. *Traité de Pathol. externe*, 1868, t. III, p. 846.

FRÉMONT et DEMERILLAC. Un cas de guérison de sarcome par électrolyse. *Année médicale*, Caen, 15 juin 1899.

GALAND. De la rhinotomie sous-labiale. *Annales mal. Oreil.*, 1902, t. II, p. 260.

GAREL et COLLET. Atlas stéréoscopique d'anatomie du nez et du larynx, Paris, 1897.

PURGYL
AGIT sans COLIQUES
LE MIEUX TOLÉRÉ par les ENFANTS
Phie KŒHLY, 160, Rue St-Maur, PARIS
Echantillons aux Médecins
PURGO-LAXATIF DOUX

NISAMÉLINE
de TROUETTE-PERRET
contre AFFECTIONS CUTANÉES
et PRURIGINEUSES et NÉVRALGI
Se trouve dans toutes les Pharmacies sous forme de Sirop, Pilules, Po
E. TROUETTE, 15, rue des Immeubles-Industriels, PA

LE CACODYLATE DE GAIACOL

(GAIACACODYL VIGIER)

Spécifique dans le traitement de la TUBERCULOSE et surtout de la GRIPPE (1)

C'est en 1900 que M. le Dr Barbary, de Nice, introduisit dans la thérapeutique ce précieux médicament, et c'est en 1901 qu'il résumait dans le journal **La Lutte antituberculeuse**, les excellents résultats qu'il avait obtenus chez cinquante tuberculeux. M. F. Vigier, pour faciliter l'emploi de ce sel en injections hypodermiques ou intra-musculaires, prépare, depuis 1901, des *ampoules gaïacacodyliques* renfermant une solution aqueuse inaltérable à 0 gramme 05 de cacodylate de gaïacol par centimètre cube : l'injection est indolore, grâce à une légère anesthésie locale qui se produit sous l'action du gaïacacodyl.

Depuis cette époque, ces ampoules ont été employées avec succès dans les dispensaires antituberculeux et chez les malades de la ville par un grand nombre de praticiens : les Drs Bernheim, Gonsalve Menusier, etc. — On peut aussi administrer à l'intérieur le cacodylate de gaïacol sous forme de **Perléine** à 0 gramme 025 et à la dose de 2 à 6 par jour chez les malades qui ne se prêtent pas facilement à l'application de la méthode hypodermique. Dernièrement, M. le Dr Burlureaux a fait connaître à la Société de thérapeutique les heureux résultats enregistrés chez des tuberculeux et des malades atteints de la grippe. Le cacodylate de gaïacol est le médicament de choix pour combattre ces maladies et doit être considéré comme **succédané très précieux** de la créosote dans le traitement de la tuberculose et comme **médicament véritablement spécifique de la grippe.**

Chez les **tuberculeux**, on peut injecter ce produit pendant des semaines et des mois, à raison d'une injection tous les deux ou trois jours sans craindre aucun accident. On obtient de suite une diminution de la fièvre, sans craindre l'hypothermie que provoque parfois la créosote. Chez les tuberculeux non fébricitants, l'expectoration diminue, l'appétit augmente et le sommeil devient excellent.

Chez les **grippés**, l'injection aqueuse de gaïacacodyl produit des effets remarquables. S'appuyant sur plus de deux cents observations, le Dr Burlureaux constate qu'une ou deux injections de 0 gr. 05 font tomber rapidement la fièvre, les malades voient, trois ou quatre heures après l'intervention, disparaître leur malaise physique et mental. D'un jour à l'autre l'expectoration diminue. Enfin, chose curieuse, si l'on applique la médication aux accidents parfois si tenaces de la convalescence, on voit qu'une ou deux injections suffisent pour enrayer ces derniers.

C'est donc en toute assurance que les praticiens pourront administrer le cacodylate de gaïacol (gaïacacodyl Vigier) dans le traitement de la tuberculose et surtout dans celui de la grippe.

1). La **Boîte de 15 ampoules gaïacacodyliques Vigier** à 0 gramme 05 de cacodylate de gaïacol par centimètre cube. **Prix : 5** francs.

Perléines de cacodylate de gaiacol Vigier à 0 gramme 025 mill. : **le flacon 4 fr. 50.**

PHARMACIE VIGIER

12, Boulevard Bonne-Nouvelle, PARIS

Coryza, Otites, Pharyngites, Bronchites, Grippes, Ozène, etc.

L'ANTIRHINITE

Pommade Antiseptique — Décongestive — Analgésique

Chl. Cocaïne — Chl. Adrénaline — Menthol, etc.

L. DUBUET, *pharmacien de 1re classe*, **96, rue Lafayette, PARIS**

GROS — PIOT et LEMOINE, 28, rue Sainte-Croix-de-la-Bretonnerie, PARIS

Gaubert. Des ostéomes de la face. Thèse, Paris, 1869.

Gaudier. Soc. médic. du Nord, séance 26 nov. 1897; analysée in *Nord médic.*, 1er déc. 1897.

Gensoul. Lettres chirurgicales.

Gerdy. Des polypes. Thèse concours, Paris, 1833.

Giraldès. Thèse concours, 1851.

Goldsmith (Percy). *Med. record.*, 29 sept. 1900, p. 513.

Goldsmith. *Canadian pract. and rev.*, Montréal, déc. 1900.

Gosselin. Leçons cliniques, t. III.

Gosselin. Thèse d'agrégation, Paris, 1850.

Golgi. Compte rendu in *Archiv. von Anat. und Physiol.*. Band I, p. 311.

(*A suivre.*)

SULFO-RHINOL DU Dr FAYES

DOULEUR - INSOMNIE

guéries, quelle qu'en soit la cause, par le

SIROP FOLLET

« *C'est la meilleure forme d'administration du chloral.* »
(FORMULAIRE BOUCHARDAT.)

Sommeil calme sans Céphalalgie au réveil.

Aucune Irritation de l'estomac. — Conservation indéfinie. — Pureté absolue.

Dosage rigoureux : 1 gramme de chloral par cuiller à bouche.

DOSE pour ADULTES : 3 cuillers à bouche par jour, chacune dans du lait ou dans une infusion.

Maison L. FRERE (A. CHAMPIGNY et Cie), 19, rue Jacob, PARIS.

AVIS

Divers numéros des ***Archives*** sont épuisés et cependant demandés fréquemment, en particulier les nos 1, 1904, 1, 2 et 3, 1905, et 1, 4, 1908.

Ces numéros seront repris au bureau du journal, au prix marqué.

HOPOGAN
USAGE INTERNE
exclusivement préparés par BOCQUILLON-LIMOUSIN pour l'usage Médical.

Les seuls Peroxydes expérimentés aux Hôpitaux.
17, RUE D'ATHÈNES. PARIS.
EKTOGAN
USAGE EXTERNE